

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

CIÊNCIAS DA SAÚDE E SEU OLHAR PARA A COMUNIDADE

Coleção Ciência e Desenvolvimento
73

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5898174

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

**CIÊNCIAS DA SAÚDE E SEU OLHAR PARA A
COMUNIDADE**

ISBN 978-65-84409-17-0

**FRANCA
Uni-FACEF
2026**

Corpo Diretivo**REITOR**

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

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 Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª. Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DOS CURSOS DE ENGENHARIA CIVIL E ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dnd. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Souza Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Profª. 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 DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel Facciolo Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Ana Carolina Braz Garcia (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Daniel Facciolo Pires (Uni-FACEF)
Lívia Maria Lopes Gazaffi (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Maria Eloísa de Souza Ivan (Uni-FACEF)
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (UNESP)
Janise Braga Barros Ferreira (USP-RP)
Mário Luís Ribeiro Cesaretti (UNIFESP / PUC SP)
Sívio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Marisa Afonso Andrade Brunherotti (Universidade de Franca)
João Nery Giorgetti (Unidade Regional de Ensino – SP)
Aurélio Luís da Silva (Unidade Regional de Ensino – SP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
João Baptista Comparini
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sívio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Lucas Antônio Santos
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteado Orsolini
Flávio Henrique de Oliveira Costa

Editoração

Laís Caramore Borges
Welton Roberto Silva

© 2026 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 73

Gazaffi, Livia Maria Lopes (Orgs.)
G252c CIÊNCIAS DA SAÚDE E SEU OLHAR PARA A COMUNIDADE. /
Livia Maria Lopes Gazaffi; Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Ana
Carolina Garcia Braz; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith;
Silvia Regina Viel; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF;
2026.

178p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4

ISBN Volume 978-65-84409-17-0

DOI 10.29327/5898174

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa.
4.Metodologia. I.T.

CDD 620

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

Organizado, a partir das produções científicas apresentadas no *XX Fórum de Estudos Multidisciplinares*, simultaneamente ao *XX Congresso de Iniciação Científica*, *XV Encontro de Iniciação à Docência*, *XIV Encontro de Iniciação Tecnológica e Inovação* e *V Encontro de Iniciação Científica Jr*, o livro “Ciências da Saúde e seu olhar para a comunidade”.

As Ciências da Saúde abrangem uma ampla diversidade de áreas do conhecimento, integrando diferentes saberes e perspectivas na busca por soluções para desafios complexos. Nesse contexto, a pesquisa científica desempenha papel estratégico ao fomentar a inovação, aprimorar práticas clínicas, fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde, além de subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes e equitativas.

A pesquisa em Ciências da Saúde desempenha um papel essencial no desenvolvimento das sociedades, constituindo-se como uma importante ferramenta para a compreensão dos problemas que afetam a saúde da população e para a construção de soluções capazes de qualidade de vida e desenvolvimento social. Ao transformar observações, experiências e questionamentos em conhecimento científico, a pesquisa aproxima a ciência das necessidades reais da comunidade, contribuindo para a melhoria contínua das práticas de cuidado.

Em um contexto marcado por desafios sanitários cada vez mais complexos, as pesquisas científicas possibilitam respostas mais eficazes e fundamentadas para questões relacionadas às doenças crônicas, às enfermidades infecciosas, à saúde mental, ao desenvolvimento populacional e às desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, favorecem a inovação tecnológica, a qualificação dos profissionais e a construção de sistemas de saúde mais eficientes, humanizados e sustentáveis.

Esta obra reúne estudos que refletem o compromisso de pesquisadores, docentes e estudantes com a produção de conhecimento voltado para a transformação social. As pesquisas aqui elencadas representam uma contribuição valiosa para a compreensão de problemas relevantes que possam orientar ações capazes de beneficiar indivíduos, famílias e comunidades.

Que as pesquisas aqui compartilhadas possam contribuir como fonte de reflexão, aprendizado e inspiração para novas investigações. Mais do que resultados acadêmicos, elas representam um compromisso coletivo com a promoção da saúde, com a valorização da ciência e com a construção de uma sociedade mais justa, autônoma e consciente de seu papel corresponsável no fortalecimento de práticas promotoras de mais saúde e menos doenças.

Congratulo o Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF pela excelência na formação de comprometidos com a comunidade, haja vista a gama de pesquisas oriundas de problemas vivenciados e estudados nos cenários de prática do território francano e do contexto acadêmico. Os trabalhos a seguir contemplam diferentes pesquisas nas ciências da saúde - medicina e psicologia - envolvendo desde pesquisas voltadas a problemas relevantes para a comunidade, como sífilis, doação de sangue, imunizações, estresse crônico, gravidez na adolescência, patologias sociais, violência, entre outros, que revelam a complexidade dos problemas em saúde e a necessidade de formação de profissionais sensíveis às demandas da comunidade.

Desejo uma boa leitura!

Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz
Docente no Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF

SUMÁRIO

NEOLIBERALISMO COMO PRODUTOR DE PATOLOGIAS SOCIAIS: a impotência do professor como um caso de estudo pela psicanálise.	8
POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES EM GRUPOS REFLEXIVOS PARA AUTORES DE VIOLÊNCIA: revisão bibliográfica.....	21
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA.....	30
ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE COM COINFECÇÃO HIV EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO.....	46
ANÁLISES SINTOMATOLÓGICAS DA IMUNOSSUPRESSÃO EM ESTRESSE CRÔNICO NOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO.....	65
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES UNIVERSITÁRIAS SOBRE O USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E SEUS EFEITOS ADVERSOS.....	78
CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE O FLUXO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	90
COQUELUCHE NO CONTEXTO ATUAL: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA O FORTALECIMENTO DA IMUNIZAÇÃO INFANTIL E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	108
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SAÚDE DA MULHER: desafios na atenção básica em um município do interior paulista.....	124
O QUE TE FAZ SER DOADOR: fatores que estimulam e impedem a doação de sangue.....	140
REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NO RASTREIO DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DE SÃO PAULO.....	162
ÍNDICE.....	177

NEOLIBERALISMO COMO PRODUTOR DE PATOLOGIAS SOCIAIS: a impotência do professor como um caso de estudo pela psicanálise.

Murillo Eduardo Ravagnani Siqueira Martins
Graduando em Psicologia – Uni-FACEF
profissional.murillo@gmail.com

Adriana Aparecida Silvestre Gera-Ribeiro
Mestre em Psicologia – Uni-FACEF
dricaasg@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A profissão docente no Brasil atravessa um cenário histórico marcado por intensas lutas por reconhecimento profissional, o que frequentemente resulta em um estado de profundo mal-estar (Vasconcelos, 2013 *apud* Martins, 2025). Esse fenômeno é potencializado por uma realidade de sobrecarga laboral, precarização das condições de trabalho e uma crescente proletarização do ofício (Santos *et al.*, 2016; Cunha, 2013 *apud* Martins, 2025). No contexto contemporâneo, a educação tem sido progressivamente transmutada de um direito social em uma mercadoria regida pela lógica de mercado, o que descaracteriza o papel do professor como agente de transformação e emancipação social (Sader, 2011; Costa, 2005 *apud* Barreto; Bomfim, 2024).

A subjetividade docente encontra-se fragilizada por uma racionalidade neoliberal que prioriza o desempenho, a eficiência técnica e o cumprimento de metas gerenciais em detrimento do saber pedagógico (Gerheim, 2022 *apud* Barreto; Bomfim, 2024). Esse cenário produz o que se denomina "precarização subjetiva", onde o sofrimento deixa de ser apenas uma contingência individual para se tornar um sintoma de "patologias do social" (Dunker *et al.*, 2023; Castro, 2022 *apud* Martins, 2025). Embora existam estudos sobre a fragilidade estrutural da carreira, persiste uma lacuna na compreensão de como essas variáveis macroeconômicas são internalizadas e nomeadas nos discursos dos sujeitos (Martins, 2025).

A hipótese central desta investigação sustenta que a "impotência contemporânea do professor" no Brasil não é um fracasso de resiliência individual, mas um resultado indireto do modelo neoliberal, manifestando-se como uma patologia do social que se inscreve no discurso e na identidade profissional do

educador (Santos *et al.*, 2016; Martins, 2025) e que há arcabouço teórico na psicanálise que sustenta essa posição.

Sendo assim, o objetivo geral do estudo é investigar como este mal-estar se apresenta na bibliografia vigente e atual. A fundamentação teórica do trabalho baseia-se na Psicanálise (especificamente a vertente lacaniana).

Para tanto, adotou-se uma abordagem qualitativa fundamentada na revisão bibliográfica, apontando para as relações entre a estrutura neoliberal da educação e o conceito de patologias sociais; e pretende-se contribuir para a discussão crítica sobre o sofrimento ético-político dos educadores, fornecendo dados qualitativos que subsidiem futuras políticas de saúde mental docente (Sawaia, 2014; Barreto; Bomfim, 2024). Espera-se que os resultados auxiliem na desconstrução da culpabilização individual do professor, articulando o sofrimento psíquico às macroestruturas econômicas e sociais (Martins, 2025).

2. NEOLIBERALISMO COMO PRODUTOR DE PATOLOGIAS SOCIAIS

O cenário contemporâneo da educação no Brasil é atravessado por uma racionalidade que transcende a esfera econômica, operando como uma matriz de produção de discursos e modos de subjetivação (Safatle; Silva; Dunker, 2021 *apud* Barreto; Bomfim, 2024). Sob a égide do neoliberalismo, direitos sociais historicamente conquistados, como a saúde e a educação, são transmutados em serviços e mercadorias regulados pela lei da oferta e da procura (Sader, 2011 *apud* Barreto; Bomfim, 2024). Esse paradigma impõe uma lógica de mercado a todas as relações humanas, transformando o cidadão em consumidor e o governante em mero gestor de recursos (Andrade, 2025).

A implementação do modelo neoliberal na educação pública brasileira tem se manifestado por meio do que se denomina "gerencialismo educacional" ou gestão gerencialista (Floro, 2016; Reis, 2017 *apud* Freitas *et al.*, 2023). Essa forma de organização busca extrair o máximo desempenho com o mínimo de recursos materiais e humanos, assemelhando a dinâmica das instituições públicas à iniciativa privada (Alves, 2000; Freitas *et al.*, 2023).

Nesse contexto, as instituições de ensino passam a ser geridas sob indicadores de produtividade, fixação de metas individuais e avaliações de

desempenho constantes (Barbosa, 2018; Campos *et al.*, 2020 *apud* Freitas *et al.*, 2023). De acordo com Andrade (2025, p. 3):

O “moinho satânico” imposto pelo arranjo neoliberal busca organizar o trabalho docente da forma mais racionalizada possível, podando as possibilidades de uma educação provinda da reflexão do docente. Essa racionalização extrema visa a homogeneização do ensino através de currículos únicos e prontos, como a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que retira a autonomia do professor e secundariza o pensamento crítico em favor de um conhecimento técnico e utilitário.

O avanço neoliberal promove um processo de desprofissionalização docente ao esvaziar o trabalho do professor de suas especificidades pedagógicas e científicas (Andrade, 2025). O docente deixa de ser um mediador do conhecimento historicamente produzido para se tornar um “treinador” focado em habilidades socioemocionais e no sucesso dos alunos em avaliações de larga escala (Saviani, 2019; Andrade, 2025).

Segundo Mesquita (2018 *apud* Andrade, 2025), na visão neoliberal, o “bom professor” é aquele capaz de produzir resultados mensuráveis, garantindo que o financiamento público se converta em índices de aprovação. Essa “coachificação” do processo pedagógico baseia-se em apelos sentimentais e estímulos de autoestima, muitas vezes sonegando o acesso real ao conhecimento científico aos filhos da classe trabalhadora (Andrade, 2025).

O sofrimento docente no contexto neoliberal não pode ser lido como uma patologia individual, mas como um “sofrimento ético-político” (Sawaia, 2014 *apud* Barreto; Bomfim, 2024). Trata-se de um afeto resultante de relações de dominação que despotencializa a existência do sujeito, produzindo medo e humilhação (Sawaia, 2014; Barreto; Bomfim, 2024).

O sistema neoliberal utiliza o sofrimento como uma ferramenta de gestão, operando primeiramente por meio da individualização e culpa, em que o sucesso ou o fracasso escolar são atribuídos exclusivamente à “competência” ou “falta de resiliência” do professor, o que acaba por ocultar as propriedades sistêmicas de sucateamento das instituições (Harvey, 2011 *apud* Boaretto, 2014; Andrade, 2025).

Nesse cenário, o docente é colocado na posição de “lata de lixo”, sendo responsabilizado individualmente por questões que o Estado se desobriga de resolver, como a pobreza dos discentes e a violência estrutural (Beck, 2003b *apud* Boaretto, 2014; Andrade, 2025). Essa dinâmica promove uma precarização

subjetiva, resultante da imposição de demandas paradoxais, como a exigência de flexibilidade total sob um controle burocrático rígido, o que gera um profundo esvaziamento de sentido no trabalho (Castro, 2022; Gerheim, 2022 *apud* Barreto; Bomfim, 2024).

No que concerne à intensificação do trabalho e saúde mental, dados de campo obtidos em estudos realizados em Institutos Federais apontam que a racionalidade neoliberal afeta diretamente a integridade dos servidores. Pesquisas indicam que 71,6% dos participantes concordam que o cenário de privatizações e cortes na educação impacta negativamente suas vidas e seu desempenho profissional (Freitas *et al.*, 2023). Esta intensificação manifesta-se, entre outros fatores, através da verticalização do ensino, que obriga o docente a atuar em múltiplos níveis (do básico ao superior) e acumular pesquisa e extensão sem o suporte administrativo adequado (Oliveira, 2021; Freitas *et al.*, 2023).

Além disso, a sobrecarga burocrática excessiva consome o tempo que deveria ser dedicado ao ensino, resultando em um corpo docente frequentemente "exausto e medicado" (Freitas *et al.*, 2023). Outro agravante é a abolição de fronteiras entre a vida profissional e privada, especialmente após a pandemia, forçando o professor a trabalhar em períodos de lazer para dar conta de metas institucionais (Fares *et al.*, 2021 *apud* Barreto; Bomfim, 2024; Baldo *et al.*, 2024).

Dados de uma pesquisa qualitativa com professores de Pernambuco revelam que essa exaustão é muitas vezes redirecionada aos próprios alunos, alimentando um pessimismo que culpabiliza os discentes pelo seu suposto "desinteresse", sem que se questione a crise de segurança social e material produzida pelo próprio arranjo neoliberal (Andrade, 2025).

A compreensão do neoliberalismo como motor do sofrimento docente exige que se reconheça sua função não apenas como modelo econômico, mas como um "gestor" ativo da vida psíquica. Sob essa racionalidade, o sofrimento deixa de ser um entrave à produtividade, como ocorria no liberalismo clássico, para se tornar uma mercadoria da qual se extrai valor e desempenho. No cotidiano escolar, isso se traduz em uma lógica em que a exaustão do professor é rebatizada como engajamento e métrica de sucesso institucional. Conforme explicam Safatle, Silva Junior e Dunker (2020, p. 10):

Enquanto liberais clássicos, descendentes de Jeremy Bentham e Stuart Mill, consideravam que o sofrimento, seja do trabalhador, seja do cidadão, era

um problema que atrapalhava a produção e criava obstáculos para o desenvolvimento [...], a forma de vida neoliberal descobriu que se pode extrair mais produção e mais gozo do próprio sofrimento. Encontrar o melhor aproveitamento do sofrimento no trabalho, extraindo o máximo de cansaço com o mínimo de risco jurídico, o máximo de engajamento no projeto com o mínimo de fidelização recíproca da empresa, torna-se regra espontânea de uma vida na qual cada relação deve apresentar um balanço e uma métrica.

Essa gestão psíquica opera por meio da imposição de um modelo de "empresariamento de si", no qual o docente deve atuar como um otimizador constante de suas próprias performances e competências. A educação passa a ser regida pelo conceito de "capital humano", forçando o sujeito a uma relação consigo mesmo mediada pela lógica da mercadoria, onde cada falha pedagógica é internalizada como um fracasso de investimento pessoal. Essa dinâmica transforma a economia em uma disciplina moral que governa o íntimo da subjetividade docente. Segundo a análise do Laboratório de Pesquisas em Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip) (2020, p. 74):

Especialista dele mesmo, empregado dele mesmo, inventor dele mesmo, empresário dele mesmo: a racionalidade neoliberal pressiona o eu a agir sobre ele mesmo no sentido de seu próprio reforço para seguir na competição. Todas as atividades devem se comparar a uma produção, a um investimento, a um cálculo de custo. A economia se torna uma disciplina pessoal.

Por fim, é necessário destacar a força performativa dessa racionalidade, que não atua meramente por coerção externa, mas molda os desejos e as identidades dos professores. Ao recodificar o que significa ser um "bom profissional", o sistema neoliberal produz figuras subjetivas que sofrem sob o peso de uma autonomia ilusória, que na verdade é uma heteronomia ditada pelos índices de mercado. Quando o professor falha em atingir objetivos utópicos dentro de uma estrutura precarizada, ele não apenas padece, mas modifica sua própria identidade em direção à autoculpabilização e à depressão. Sobre esse efeito ontológico na determinação do sofrimento, Safatle, Silva Junior e Dunker (2020, p. 11) afirmam:

Podemos falar em "instauração" porque a força do neoliberalismo é performativa. Ela não atua meramente como coerção comportamental, ao modo de uma disciplina que regula ideais, identificações e visões de mundo. Ela molda nossos desejos, e, nesse sentido, a performatividade neoliberal tem igualmente efeitos ontológicos na determinação e produção do sofrimento. Ela recodifica identidades, valores e modos de vida por meio dos quais os sujeitos realmente modificam a si próprios, e não apenas o que eles representam de si próprios.

A racionalidade neoliberal não se limita a precarizar as condições materiais de ensino, mas instaura uma verdadeira gramática de reconhecimento do sofrimento, na qual o mal-estar docente é capturado e transformado em um motor de produtividade (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Ao operar como um gestor psíquico, o sistema extrai valor da exaustão ao converter a impotência estrutural das instituições em um suposto fracasso de investimento pessoal do "professor-empreendedor", gerando uma autoculpabilização que imobiliza a crítica política (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020; Martins, 2025).

Essa força performativa recodifica a identidade do docente, fazendo com que ele ocupe a posição de "lata de lixo" das demandas sistêmicas não resolvidas, enquanto busca um aprimoramento infinito sob o peso de uma autonomia que, em última instância, serve apenas ao gerenciamento da própria alienação (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020; Martins, 2025). Portanto, nomear esse processo como uma patologia do social é o primeiro passo para resgatar a dimensão política do sofrimento e romper com a lógica que transforma a dor em mercadoria (Martins, 2025).

Considerando a natureza parcial das reflexões contidas neste artigo, é importante reforçar que estas análises integram um estudo em andamento (Martins, 2025). As evidências levantadas até o momento indicam que o neoliberalismo atua efetivamente como um gestor do mal-estar, utilizando a naturalização de discursos de exclusão e a individualização do sofrimento psíquico como estratégias para silenciar a crítica política e manter a lógica de mercado (Souza; Laureano, 2020; Barreto; Bomfim, 2024).

Até o presente momento, o adoecimento pode ser interpretado como uma forma de resistência subjetiva contra a alienação imposta pelo capital (Martins, 2018 *apud* Esper, 2019). Conclusões definitivas sobre como essa gestão opera na singularidade dos sujeitos pesquisados dependem do processamento final das entrevistas longitudinais que estão sendo realizadas como parte da metodologia da pesquisa de Iniciação Científica (Martins, 2025).

2.1 A impotência do professor

A relação entre as patologias do social e o sofrimento dos professores é estabelecida pela forma como as macroestruturas econômicas e políticas,

especialmente o modelo neoliberal, moldam a subjetividade e o trabalho docente (Martins, 2025). No contexto atual, a "impotência contemporânea do professor" não deve ser vista apenas como um problema de saúde mental individual, mas como um sintoma de patologias sociais impulsionadas pela estrutura neoliberal de gestão educacional (Martins, 2025).

Essa relação manifesta-se através de diferentes dimensões. Em primeira instância, através de uma precarização subjetiva, uma vez que o aprofundamento das políticas neoliberais no campo da educação produz mecanismos opressores que geram medo e humilhação, precarizando a subjetividade do professor e tornando-o vulnerável ao adoecimento (Barreto; Bomfim, 2024).

Em segunda instância, o professor como "Lata de Lixo" Institucional: na racionalidade contemporânea, o indivíduo é convertido na "lata de lixo das questões não resolvidas de todas as instituições", sendo responsabilizado individualmente por falhas estruturais do sistema (Beck, 2003b *apud* Boaretto, 2014). Isso gera um processo de autoculpabilidade diante do fracasso escolar (Martins, 2025).

Ademais, o sofrimento ético-político derivado do trabalho docente é um afeto sócio-historicamente situado, produzido a partir de relações de dominação que anulam a potência de vida dos sujeitos (Barreto; Bomfim, 2024). Esse tipo de sofrimento não tem sua gênese no sujeito que sofre, mas em intersubjetividades delineadas socialmente por políticas de exclusão e marginalização (Sawaia, 2014 *apud* Barreto; Bomfim, 2024).

Ao adotar essa nomeação, a investigação busca recuperar o potencial transformativo presente no mal-estar, tratando o sintoma do professor como uma forma de resistência e uma denúncia contra o sucateamento de seu ofício (Souza; Laureano, 2020; Martins, 2025).

É fundamental destacar que o presente artigo constitui um recorte vinculado a um projeto de iniciação científica em andamento (Martins, 2025). Devido a esta natureza, as discussões teóricas e as correlações estabelecidas entre as patologias sociais e o sofrimento docente representam hipóteses iniciais fundamentadas no levantamento bibliográfico preliminar (Martins, 2025). Dessa forma, não é possível chegar a conclusões aprofundadas ou definitivas sobre o objeto de estudo neste estágio da pesquisa, sendo necessária a conclusão das

etapas de coleta e análise de dados longitudinais para a validação das percepções aqui delineadas (Martins, 2025).

2.2 A psicanálise como matriz de análise social

A exploração do sofrimento mental sob a ótica da psicanálise, em especial lacaniana, exige antes de tudo, uma distinção conceitual rigorosa entre três categorias fundamentais: o mal-estar (Unbehagen), o sofrimento e o sintoma (Dunker, 2011). Diferente de uma abordagem psiquiátrica tradicional que tende a homogeneizar essas experiências sob o rótulo de "transtorno", a diagnóstica lacaniana compreende que cada uma dessas instâncias ocupa um lugar distinto na economia psíquica e na relação do sujeito com o campo social (Dunker, 2011; Di Martino, 2016).

O ponto de partida para a compreensão lacaniana é a noção freudiana de mal-estar na civilização, que define uma condição inerente e irremediável da experiência humana (Di Martino, 2016). O mal-estar (Unbehagen) caracteriza-se por ser genérico e de difícil nomeação, tratando-se de um estado de "angústia flutuante" ou uma condição incurável atinente a uma forma de vida (Dunker, 2011). Ele decorre da impossibilidade de um contrato social plenamente satisfatório, dada a renúncia pulsional exigida pela vida em sociedade (Freud, 1929/1930 *apud* Di Martino, 2016).

O sofrimento, por sua vez, é uma categoria pré-patológica que se distingue do mal-estar por exigir uma narrativa (Dunker, 2011). Enquanto o mal-estar é universal e coletivo, o sofrimento busca reconhecimento por meio de um endereçamento e de uma inserção em discursos constituídos, sejam eles clínicos, políticos, morais ou jurídicos (Dunker, 2011; Di Martino, 2016). De acordo com o mesmo autor:

[...] todo sofrimento seja curável, em virtude da dimensão essencialmente política de todo arranjo social. Assim, o sofrimento, que tem raízes no mal-estar experimentado de forma universal e, sobretudo, coletiva, distingue-se do sintoma, que tem valência clínica e caráter singular. Difere também do próprio mal-estar (Unbehagen), que se caracteriza pelo seu aspecto genérico e pela dificuldade de nomeação. A distinção entre mal-estar, sofrimento e sintoma torna-se, assim, a base conceitual que permitiria aos psicanalistas analisar os fenômenos da pólis sem conspurcar a prática ou a teoria psicanalíticas. Mas é preciso estar atento às fronteiras entre os conceitos, já que no que chamo de razão diagnóstica procura definir, a cada momento, a fronteira, o litoral e os muros que separam e unem mal-estar, sofrimento e sintoma (Dunker, 2015 *apud* Di Martino, 2016, p. 284).

Finalmente, o sintoma, na perspectiva lacaniana, é uma formação singular que oferece uma resposta ao mal-estar por meio de uma determinação metafórica (Dunker, 2011). Ele possui uma função de "sinthoma", termo utilizado por Lacan para designar aquilo que, na estrutura do sujeito, permite uma amarração entre o Real, o Simbólico e o Imaginário, muitas vezes suprimindo uma falha na função paterna (Lacan, 2007 *apud* Dunker, 2011; Di Martino, 2016).

A diagnóstica lacaniana insere-se em uma metadiagnóstica da modernidade, que identifica o sofrimento contemporâneo como um efeito da perda da experiência (Dunker, 2011). Nessa estrutura, o sujeito moderno é atravessado por uma divisão subjetiva reconhecida como falta, corte ou vazio (Dunker, 2011). Lacan condensa as variedades dessa experiência de perda na noção de objeto *a*, que funciona simultaneamente como a localização da falta, a causa de desejo e o produtor de um gozo excessivo e não reconhecido (Dunker, 2011).

No contexto das "patologias do social", o sofrimento emerge quando há um bloqueio na simbolização ou uma "falsa realização estrutural" do desejo (Dunker, 2011). O modelo neoliberal, ao incentivar a figura do "autoempreendedor", produz experiências de alienação onde o sujeito se vê estrangeiro ao seu próprio desejo e submetido a uma racionalização extrema da vida e do trabalho (Dunker, 2011; Boaretto, 2014). Esse cenário é o que Martins (2025) identifica como o solo fértil para a "impotência contemporânea", onde o mal-estar docente deixa de ser nomeado como um conflito ético-político para ser individualizado como déficit de performance.

Um elemento crucial da perspectiva lacaniana para entender o status quo da saúde mental é o debate sobre o declínio da imago paterna (Lacan, 2003 *apud* Dunker, 2011). Na teoria clássica, o sintoma era uma determinação paterna que nomeava o mal-estar, permitindo que o sofrimento fosse reconhecido como uma demanda inarticulada (Dunker, 2011). Com o enfraquecimento dessa função ordenadora na modernidade, observa-se uma transição das neuroses de transferência (como a histeria clássica) para as chamadas "neuroses de caráter" ou estados de desamparo e impulsividade (Lacan, 2003 *apud* Dunker, 2011).

Neste novo arranjo social, o sofrimento muitas vezes não encontra um "endereço" ao analista via transferência, tornando-se "invisível" ou "amordaçado" quando não se enquadra nos discursos de reconhecimento social (Dunker, 2011; Di Martino, 2016). Isso explica por que muitos professores

pesquisados por Martins (2025) podem sentir uma impotência que não conseguem nomear: o sintoma social (o sucateamento da educação) não é reconhecido pelas instâncias de poder, restando ao sujeito o sofrimento mudo de uma "lata de lixo" institucional (Boaretto, 2014; Martins, 2025).

A perspectiva lacaniana avançada por Dunker propõe que a "boa clínica é a crítica social feita por outros meios" (Dunker, 2011 *apud* Di Martino, 2016, p. 285). No Brasil, esse sofrimento é atravessado pela "lógica do condomínio", um modelo de vida marcado pela proliferação de muros e pela gestão do gozo perturbador do Outro (Dunker, 2015 *apud* Di Martino, 2016). Nessa lógica, o mal-estar indeterminado é transformado em um "sofrimento produtivo", onde a felicidade torna-se uma obrigação obscena e qualquer desvio é punido por uma autoridade impessoal (Dunker, 2015 *apud* Di Martino, 2016).

No caso da docência, essa estrutura manifesta-se na pressão por indicadores de desempenho e na vigilância constante, onde o professor sofre sem saber que sofre, imerso em uma "gramática neoliberal" que substitui a solidariedade orgânica por regras burocráticas frias (Di Martino, 2016; Martins, 2025). O sofrimento ético-político surge aqui como o afeto de quem está destituído de sua potência de agir em um mundo multinaturalista, onde sua perspectiva como humano e educador é negada pelas roupas institucionais que ele é forçado a vestir (Dunker, 2011; Barreto; Bomfim, 2024).

Considerando que estas são reflexões iniciais, a aplicação desses conceitos lacanianos aos dados das entrevistas longitudinais buscará identificar os significantes mestre que permeiam o discurso dos docentes (Martins, 2025). A pesquisa de campo, composta por oito encontros, visa verificar como o sujeito nomeia sua "impotência" e se essa nomeação revela padrões de defesa psíquica contra o excesso de determinação neoliberal (Dunker, 2011; Martins, 2025).

Até o momento, o levantamento bibliográfico sugere que o sofrimento docente pode ser interpretado como um "déficit de experiências produtivas de indeterminação" (Dunker, 2011). Ou seja, o professor está tão saturado por determinações externas (metas, currículos engessados, precarização) que perde a capacidade de exercer sua liberdade criativa, resultando em um esvaziamento de sentido que a psicanálise lacaniana identifica como o núcleo do adoecimento contemporâneo (Dunker, 2011; Esper, 2019; Martins, 2025).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivo geral investigar, por meio de revisão bibliográfica, como as variáveis do modelo neoliberal de economia são internalizadas por professores (Martins, 2025). A pesquisa buscou responder ao problema de como tal internalização contribui para a produção do sentimento de impotência docente, partindo da hipótese de que esse fenômeno não é um fracasso individual, mas uma patologia do social resultante do modelo econômico vigente (Santos *et al.*, 2016; Martins, 2025;).

As discussões realizadas até o momento reforçam a premissa de que o sofrimento docente é um afeto sócio-historicamente situado, produzido por relações de dominação características da racionalidade neoliberal (Barreto; Bomfim, 2024). A literatura revisada demonstra que a educação, ao ser transmutada em mercadoria, impõe ao professor um modelo de gestão que prioriza metas e indicadores em detrimento do saber pedagógico, o que esvazia o sentido do trabalho (Gerheim, 2022 *apud* Barreto; Bomfim, 2024).

Nesse sentido, a nomeação do mal-estar docente como uma patologia social revelou-se adequada, pois permite deslocar o olhar da causa biológica ou individual para os atritos entre as esferas da individualização e da socialização (Honneth, 2010 *apud* Weiduschadt; Stoll, 2023). Observou-se que o diagnóstico psicopatológico muitas vezes funciona como uma gestão ideológica do mal-estar, individualizando um problema que possui raízes estruturais e silenciando a crítica às políticas educacionais (Souza; Laureano, 2020).

Os levantamentos bibliográficos indicam um cenário de precarização subjetiva, onde o professor é convertido na "lata de lixo" das questões não resolvidas pelas instituições (Beck, 2003b *apud* Boaretto, 2014; Martins, 2025). O estado atual da saúde mental docente, marcado por altos índices de estresse e Burnout, reflete uma exaustão decorrente da sobrecarga e da perda de autonomia pedagógica (Martins; Honório, 2014; Oliveira *et al.*, 2015).

A adoção do método de entrevistas profundas mostrou-se promissora para captar a "expressividade do grupo" e o "não dito" nos relatos dos sujeitos (Silva, 2005). Espera-se que, ao permitir o discurso livre, a técnica auxilie na identificação de como a gramática neoliberal é nomeada subjetivamente, transformando a

experiência de sofrimento em uma denúncia contra as normas sociais vigentes (Santos *et al.*, 2016; Souza; Laureano, 2020).

É imperativo ressaltar que, por se tratar de reflexões iniciais de uma pesquisa de iniciação científica em andamento, estas possuem caráter preliminar (Martins, 2025). Embora o arcabouço teórico forneça evidências robustas que corroboram a hipótese inicial, não é possível tirar conclusões aprofundadas ou definitivas neste estágio (Martins, 2025). A validação plena das correlações estabelecidas entre o modelo neoliberal e a subjetividade dos professores dependerá da conclusão da etapa de campo e da análise longitudinal dos dados coletados nos oito encontros previstos com os participantes (Martins, 2025).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tuca Henrique Verçosa Carneiro de. *Impactos do neoliberalismo no trabalho docente*. Revista Foco, v. 18, n. 8, p. 01-13, 2025.

BALDO, Amanda de Almeida *et al.* *Considerações sobre a saúde mental do professor da educação básica no período de 2021 a 2023: uma pesquisa a partir do Google Acadêmico*. 2024. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Biológicas) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, 2024.

BARRETO, Elcides Hellen Ferreira Landim; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. *Sofrimento de professores de Instituições de Ensino Superior: um afeto de dimensão ético-política*. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 15, jan/dez 2024.

BOARETTO, Antonio Carlos de Oliveira. *Patologias sociais contemporâneas: os paradoxos da modernidade na sociedade brasileira do século XXI e a luta social contra a figura do diabo*. 2014. 166 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara, 2014.

DI MARTINO, Mayla. *Mal-estar, sofrimento e sintoma [Resenha do livro de Christian Dunker]*. Stylus Revista de Psicanálise, Rio de Janeiro, n. 33, p. 281-288, nov. 2016. DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista*. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 23, n. 1, p. 115-136, jun. 2011.

DUNKER, Christian; SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva (Orgs). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

ESPER, Marina Beatriz Shima Barroco. *Sofrimento/Adoecimento do Professor Universitário e Relações de Trabalho: estudo a partir da psicologia histórico-cultural*.

2019. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2019.

FREITAS, Cristiane; SILVA, Luiz Felipe; MENDES, Davidson Passos. *Neoliberalismo e sofrimento mental entre servidores da educação pública*. Trabalho & Educação, v. 32, n. 3, p. 169-185, set./dez. 2023.

MARTINS, Andréa Arnaut Vieira; HONÓRIO, Luiz Carlos. *Prazer e sofrimento docente em uma instituição de ensino superior privada em Minas Gerais*. Organizações & Sociedade, Salvador, v. 21, n. 68, p. 835-852, jan./mar. 2014.

MARTINS, Murillo Ravagnani. *A impotência do professor como patologia do social: três estudos de casos longitudinais em profundidade sob a perspectiva histórico-cultural em diálogo com a psicanálise*. Franca: Uni-FACEF, 2025. (Projeto de Iniciação Científica).

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SANTOS, Gilberto Tavares dos et al. *Método para aplicar entrevistas em profundidade: avaliando causas de baixo desempenho em um operador logístico*. Revista Gestão Industrial, v. 12, n. 4, p. 103-126, 2016.

SANTOS, Yara Magalhães dos. *Do mal-estar social ao mal-estar docente: contribuições da psicanálise*. Revista FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 29, n. 60, p. 127-146, out./dez. 2020.

SOUZA, Vinicius José de Lima; LAUREANO, Pedro Sobrino. *Patologias sociais e a gestão ideológica do mal-estar*. Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 214-229, 2020.

WEIDUSCHADT, Patrícia; STOLL, Vitor Garcia. *Patologias sociais: uma revisão de literatura sobre corpolatria em publicações (2012-2021)*. Dissertatio, Volume Suplementar 13, p. 33-48, 2023.

POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES EM GRUPOS REFLEXIVOS PARA AUTORES DE VIOLÊNCIA: revisão bibliográfica

Augusto Henrique de Lima Norinho
Graduando em Psicologia – Uni-FACEF
Apoio PIBIC CNPq
augustolnorinhofacef@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Doutora em Psicologia pela USP – Uni-FACEF
danifribeiro@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo integra um projeto de iniciação científica financiado pelo CNPq, no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), sendo parte de uma pesquisa em andamento sobre a temática da gravidez na adolescência. Sua área prioritária pelo MCTIC engloba desenvolvimento e inovações voltados para a área de Tecnologia para Qualidade de Vida.

A violência de gênero é um fenômeno social que abrange as expressões de poder entre gêneros, e pode ser entendida como o reflexo de diversos marcadores de vulnerabilidade social que incidem em taxas excessivas de violência de gênero.

De acordo com IPEA (2024), o índice de homicídios registrados de mulher de 2021 à 2022 aumentou em 9,1%, sendo que a maioria destes homicídios ocorrem dentro de suas casas e por autores conhecidos pelas vítimas, “Como indica o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, cerca de 70% dos feminicídios identificados pelas polícias civis foram cometidos dentro de casa” (FSBP, 2023).

Caracteriza-se feminicídio o ato de “assassinato de mulheres por homens pelo fato de serem mulheres”, sendo que esta qualificatória foi incluída no Código Penal em 2015 através da lei nº13.104 (IPEA, 2024, p. 42).

De maneira geral, o feminicídio fora das residências diminuiu, enquanto os feminicídios dentro de casa se mantêm estáveis. Quando comparados os dados de 2012 a 2022, com base na taxa de homicídios registrados, observa-se que, em 2012 3,5 mulheres eram assassinadas fora de suas casas a cada 100 mil habitantes, enquanto 1,2 mulheres eram assassinadas dentro de suas respectivas

casas, enquanto estes números em 2022 foram de 2,3 assassinatos a cada 100 mil habitantes, e 1,2 assassinatos dentro de casa (IPEA, 2024).

Ou seja, dentre os dados observados, é possível constatar uma diminuição nos casos de homicídios de mulheres fora de casa entre 2012-2022, contudo, os homicídios dentro de casa, mantiveram-se em 1,2 demonstrando inclusive um aumento em 2017 para 1,4. (IPEA, 2024).

De tal maneira, com base nos dados observados, é possível indicar a necessidade de combater, especialmente, a violência doméstica, que muitas vezes se manifesta em formas menos graves de violência antes de atingir o resultado letal (IPEA, 2024).

Dessa forma, Medrado et.al (2011) apontam que a maioria dos direcionamentos dessa Lei se restringe exclusivamente ao corpo da mulher e sua experiência como tal, considerando os homens apenas no papel de autores de violência. No entanto, os autores salientam também para a forma como esse homem é abordado pela Lei, de modo a encontrar outras possibilidades de atendimentos que não sejam apenas de caráter punitivo.

Neste sentido, faz-se necessária a compreensão acerca das características identitárias expressas por meio da violência de gênero frente aos modelos socioculturais hegemônicos presentes em determinadas circunstâncias sociais, não com intuito categorial, mas baseando-se em uma investigação ampla dos fatores complexos que compõem a identidade do ser homem.

Os primeiros registros de medidas voltadas à homens autores de violência em grupos, foram registradas na década de 80 nos EUA e Canada, com o intuito de complementar iniciativas de prevenção à violência doméstica. No Brasil, existem registros de múltiplas iniciativas de atenção à responsabilização e reflexão à homens autores de violência até mesmo anterior à implementação da Lei Maria da Penha, apesar disso, a construção de políticas públicas estruturadas que dão voz às reivindicações de movimentos feministas só vem se estruturando após 2006 (Nolasco; Wnadarerley, 2019).

Neste sentido, metodologias interventivas grupais no espaço de prevenção à violência de gênero, doméstica e familiar, instaura-se como possibilidade que se alinham aos objetivos de políticas públicas nacionais,

especialmente no que tange a responsabilização dos autores de violência e redução de violência (Beiras; Nascimento; Incrocci, 2019)

Apesar da relevância do trabalho em grupo com homens autores de violência, tal medida ainda enfrenta problemas estruturais, no que diz a uma implementação ampla e com profissionais dedicados à articulação devida em espaços de promoção de saúde, reflexão e responsabilização, além da ausência de divulgação entre os próprios agentes públicos e ministérios (Pê, et al. 2022).

Múltiplos autores acerca dos Grupos Reflexivos para Homens Autores de Violência explanam resultados positivos junto à estas medidas, apresentam relato de autores de violência que alcançaram maior consciência sobre si e sobre fatores que corroboram para a violência de gênero, reflexão e crítica à modelos de masculinidades e suas expressões (Nolasco e Wnaderley, 2019; Silva e Sanches, 2019; Belarmino e Leite, 2020; Pê, et al. 2022; Araújo, Martins e Veloso, 2023).

Apesar disso, também apontam dificuldades como a ausência de abertura de certos homens, rigores institucionais e ausência de incentivos. Destacam que tais fatores no contato em grupos levaram a reflexão dos próprios condutores/facilitadores do grupo, “nos impele a refletir sobre a necessidade de construir mais alternativas para trabalhar a temática da violência contra mulher” (Pê; et al. p. 99, 2022).

O objetivo geral deste artigo é realizar uma revisão de literatura narrativa, acerca de grupos reflexivos para autores de violência.

A metodologia utilizada neste artigo é uma revisão de literatura empregada para consolidar informações, estabelecer a importância de determinado tema, preencher lacunas e ampliar estudos anteriores (Creswell, 2007).

Por fim, a relevância deste artigo, se firma pela necessidade de compreender possíveis problemáticas entorno da experiência destes facilitadores em grupos reflexivos para autores de violência, para refletir especialmente acerca da metodologia implicada nos encontros e o olhar a respeito da violência de gênero por estes profissionais.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 classifica os artigos selecionados quanto ao método para proporcionar os encontros e principais resultados referentes à experiência nos grupos.

Quadro 1. Artigos sobre a experiência de facilitadores em grupos reflexivos para autores de violência.

AUTORES	ANO	TÍTULO	METODO INTERVENTIVO	RESULTADOS APRESENTADOS
Nolasco; Wnaderley	2019	UM OLHAR PARA O GRUPO REFLEXIVO DE HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Reflexivo/Educativo (Acosta; Soares, 2011)	Risco de implementação de ações inadequadas à complexidade da violência; Rede estatal desintegrada no sistema de proteção à mulher; Reformulação do modelo punitivista combinando medidas educativas; Grupos carecem de equipes especializadas; Necessidade de investimento estrutural e avaliação contínua.
Pê; et al.	2022	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS FACILITADORES DE UM GRUPO REFLEXIVO DE HOMENS	Temas orientados à partir da teoria construtivista-narrativista com perspectiva de gênero (Anzeta, 2012; Beiras; Bronz, 2016)	Grupos contribuem para reduzir a violência contra a mulher; Criação de um espaço de escuta ativa; Metodologia flexível aumenta a efetividade do processo; Necessidade de atuação multidisciplinar; Carência de capacitação e pesquisas aprofundadas.
Veloso; Martins; Araújo.	2023	Da retribuição à assertividade: relato de experiência acerca de um Grupo de Reflexão para Homens Autores de Violência Doméstica	Temas estruturados: Lei Maria da Penha; Comunicação não-violenta; Saúde do homem; Conflitos intrafamiliares; Álcool e outras drogas e Desconstrução da cultura do machismo	Resistência inicial elevada; Dificuldade de acessar emoções e afetos; Culpabilização da parceira; Dependência afetiva dos participantes; Falta de autocuidado; O grupo promove responsabilização, maior consciência emocional, revisão dos papéis de gênero, maior autonomia.
Silva; Sanches	2019	GRUPO REFLEXIVO PARA HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAÇADOR	Temas pré-estruturados.	Dependência de articulação institucional entre judiciário e ministério público; Dificuldade em formar grupos, baixa adesão voluntária.
Belarmino; Leite.	2020	PRODUÇÃO DE SENTIDOS EM UM GRUPO REFLEXIVO PARA HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA	Temas pré-estruturados e entrevistas semiestruturadas após a participação do grupo.	Efeitos positivos na vida cotidiana e nas relações familiares; Maior abertura e flexibilização; Tendência à negação da responsabilidade e culpabilização da vítima; Desconstrução de estereótipos sobre o tema.

Dentre os cinco artigos analisados, verifica-se que dentre os autores 4 são advogados(as) e 6 psicólogos(as), em diferentes regionalidades, tais como Pernambuco (PE), Campina Grande (PB), Florianópolis (SC), Caçador (SC) e Natal (RN). Destaca-se à área de formação e especialização especialmente pelo olhar associado à violência de gênero e à experiência nos grupos.

De maneira geral, os artigos de Nolasco & Wanderley (2019) e Silva & Sanches (2019), destacam o olhar para a experiência jurídica associada ao encaminhamento dos autores de violência ao grupo, possíveis fragilidades e limitações sob este mesmo aspecto. Enquanto Pê et al. (2022), Araújo, Martins e Veloso (2023) e Belarmino e Leite (2020), procuram evidenciar fatores psicossociais associados à experiência destes autores de violência no grupo, tanto como aspectos desenvolvidos no caminhar dos grupos.

Apesar destas diferenças, todos os artigos analisados enfatizam o olhar a respeito das teorias de gênero enquanto aspecto importante a se considerar na tratativa com os autores de violência. Neste sentido, a literatura utilizada é bastante ampla e são apresentados autores como Saffioti (2004), Connel (1995), Scott, (1995), Medrado, B. (2011; 2014; 2020), Butler (2006) e Kimmel (2005).

Assim, Nolasco e Wanderley (2019) relembram a importância da consolidação dos grupos reflexivos como estratégia de responsabilização e prevenção, não substituindo ações voltadas às mulheres. Relembram o desenvolvimento histórico de grupos para autores de violência no Brasil ainda recente, com baixa institucionalização e dependência inicial de projetos da sociedade civil, alertando à dificuldade pela ausência de diretrizes claras em metodologias interventivas.

Além disso, procura proporcionar grupos reflexivos-educativos, com participação ativa, construção coletiva, com ênfase na desconstrução de masculinidades através do diálogo.

Pê et al. (2022), apontam que os grupos têm como objetivo reduzir reincidência de violência e promover equidade de gênero e novas formas de masculinidade, concebendo Gênero como categoria relacional e histórica, não biológica. Propõe um enfoque construtivista-narrativista com perspectiva de gênero (Beiras, Bronz 2016) onde o grupo deve ser realizado a partir de uma agenda

aberta, a partir da demanda exposta pelos autores de violência, elaborando os encontros à partir das falas dos participantes.

Concomitante à isto, relembra que o trabalho com autores de violência é complexo e afirma a necessidade do olhar multidisciplinar para a temática, ressalta a dificuldade da formação dos facilitadores frente à temática.

Araújo, Martins e Veloso (2023), dão ênfase ao processo dos participantes do grupo, relatando resistência inicial dos homens, a partir da negação, barganha e externalização da culpa e culpabilização da vítima. Destaca a dificuldade dos autores em processar os “afetos femininos” destacando a imaturidade emocional, dependência afetiva e fragilidade no autocuidado fatores associados a negligência dos afetos tipicamente femininos.

Silva & Sanches (2019) destacam os resultados associados aos baixos índices de reincidência, entre ~1% e 4% em diferentes experiências, mas relembram o uso do sistema judicial como forma de garantir adesão. Esclarece problemas estruturais referentes à política, tais como instabilidade dos programas, falta de padronização e descontinuidade dos profissionais facilitadores, visto que muitas vezes são voluntários. Além disso, também aponta a baixa adesão voluntária, visto que homens raramente participam espontaneamente. Apesar disso, reconhece o potencial dos grupos como porta de entrada para processos mais amplos de mudança.

Por fim Belarmino & Leite (2020), alertam sobre a ambivalência do sistema judicial, visto que a medida arbitrária que exige a participação dos autores de violência pode fortalecer a proteção às mulheres, mas também pode inibir a abertura dos homens no grupo. Apesar da primeira resistência dos participantes junto ao grupo inicialmente compulsória, tal conduta pode evoluir para engajamento genuíno.

Além disso, algum dos efeitos observados nos participantes foram maior abertura e flexibilização em temas variados, redução de resistências na participação dos grupos, e relatos de impactos positivos na vida cotidiana.

Em paralelo à estes efeitos os autores relembram certas limitações das propostas referentes à um grupo reflexivo por meio do processo judicial, visto que os homens tendem a negar responsabilidade e focar em não serem vistos como agressores, para isso destacam a importância do estabelecimento de vínculo afetivo

entre participantes e facilitadores. Destaca que as mudanças nos participantes, ocorreram por via da produção de dúvida, e não por meio da imposição de verdades. E por último destaca a necessidade de maior estruturação como política pública, ampliação na atuação em rede de suporte à violência, avaliação contínua do programa e capacitação profissional.

Os autores também destacam a associação da violência de gênero à negação destes afetos decorrente da estrutura patriarcal e machista. Junto à isso, destaca que a partir do processo grupal, os participantes demonstraram maior, abertura emocional, questionamento da identidade masculina, redução de padrões violentos dentro do grupo, e destaca que os resultados indicam que a prática é assertiva na mudança comportamental através da ênfase na psicoeducação e cultura da paz.

Destaca-se como principais potencialidades a partir da revisão de literatura, o consenso de algum resultado positivo a partir da experiência dos participantes nos grupos, promovendo de certa maneira maior consciência sobre a violência, responsabilização e melhora nas relações interpessoais a partir de um espaço de escuta e reflexão.

Apesar disso, também apresentam certas limitações quanto à resistência inicial dos participantes, culpabilização das vítimas, necessidade de equipes multidisciplinares qualificadas para lidar com a complexidade da temática, fragilidades estruturais e institucionais, referindo-se especialmente à baixa articulação da rede de serviços, falta de investimento e dificuldade de implementação e manutenção dos grupos, além de destacar a baixa adesão e dificuldades de engajamento do público de maneira voluntária.

Por fim, destacam a necessidade de aprimoramento e fortalecimento da política através de trabalhos críticos, acompanhamento e avaliação contínua da eficácia da política tanto quanto aperfeiçoamento metodológico dos encontros proporcionados junto aos participantes.

De maneira geral os autores destacam que grupos reflexivos são eficazes na redução da reincidência e na promoção de mudanças subjetivas, funcionam melhor quando são participativos, afetivos e não apenas punitivos, visto que existe uma resistência inicial significativa, mas com potencial de transformação ao longo do processo. Destacam também a importância da desestigmatização do

tema por parte dos facilitadores e profissionais envolvidos, além de considerar a violência como fenômeno relacional, histórico e de gênero, ligado à construção das masculinidades.

Ampliam o olhar para os limites práticos a partir da falta de padronização e políticas públicas consolidadas, dependência do sistema judicial e curta duração das intervenções. Apesar disso evidenciam que a violência é um fenômeno que exige atuar também com os homens, sem substituir as políticas voltadas às mulheres.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do levante bibliográfico acerca do tema, pode-se concluir que os autores indicam um potencial dos grupos como estratégia preventiva na reincidência de violência doméstica, tanto quanto podem promover maior consciência emocional e reflexão acerca de gênero, questionando essencialmente os modelos de masculinidades hegemônicas.

Apresenta-se também a importância do olhar para a violência de maneira desestigmatizada, de modo à proporcionar um espaço de escuta ativa e não punitivo no que tange à promoção de reflexão, visto que grande parte do público apresenta resistência inicial ao processo reflexivo, negação da responsabilidade muitas vezes culpabilizando a vítima.

Enfatizam algumas limitações estruturas e institucionais, tais como, fragilidade das políticas, dependência do sistema judicial, descontinuidade de programa, escassez de recursos e ausência de capacitação que condiz à complexidade do tema. Emparelhado à estas dificuldades, destacam a baixa adesão voluntária do homens em grupos reflexivos, reforçando a necessidade de estratégias de engajamento.

Por fim, é importante delimitar os grupos reflexivos como política que contribui para o fortalecimento do combate à violência contra a mulher, e carece de fortalecimento e integração a rede de combate já estabelecida por meio de maiores investimentos, profissionalização e institucionalização para ampliar os alcances das atividades promovidas.

REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. (mikhailovitch). Os gêneros do discurso. *In*:-----, **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992 p. 275-326.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF: Presidência da República, [1996]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 26 abr. 2026.

_____. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/>. Acesso em: 25 abr. 2026.

CASTANHO, M. E. (2006). A criatividade na sala de aula universitária. *In*: Veiga, I. P. A. Castanho, M. E. L. M. (Orgs.) **Pedagogia universitária: a aula em foco**. Campinas: Papirus, p. 75-90.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_politica_e_educacao.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 8. edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. Disponível em: <https://construindoumaprendizado.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/a-cabec3a7a-bem-feita-morin.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2026.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU BR). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. [S.l.], 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2026.

PEREIRA, Valmir. As reformas educacionais da década de 1990 e suas vinculações com Capitalismo Contemporâneo. *In*: MOTA, Leonardo de Araújo e (Org.). **Capitalismo contemporâneo: Olhares multidisciplinares**. Campina Grande: Eduepb, 2014. p. 300.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Gabriela e Silva Pires
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
Gabrielaesilvapires@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz
Dra. em Educação – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com
Orientadora

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental é um ponto central das políticas públicas de saúde, especialmente diante as mudanças sociais, econômicas e culturais que impactam as formas de adoecimento psíquico e as demandas por cuidado. O contexto brasileiro é marcado historicamente por práticas de exclusão, segregação e institucionalização de pessoas com sofrimento mental. Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica representou uma ruptura de paradigma ao propor uma superação do modelo manicomial e um contexto de cuidado em liberdade (AMARANTE, 2007).

Historicamente, os hospitais psiquiátricos assumiram funções que extrapolaram o cuidado terapêutico, operando como instrumentos de controle social, moralização do comportamento e foram responsáveis por excluir os pacientes que possuem problemas mentais da vida em sociedade. Esse fenômeno não se restringiu somente ao contexto brasileiro, sendo observado em diversos países (FOUCAULT, 2008).

No Brasil, o modelo manicomial se consolidou no século XX quando grandes hospitais psiquiátricos realizavam internação de longa permanência, superlotação e violavam os direitos humanos. As instituições eram um espaço de confinamento social, assim acolhiam também indivíduos em situações de pobreza, usuários de álcool e outras drogas e mulheres consideradas “desviantes”, reforçando uma lógica de exclusão que realiza um mecanismo de controle moral e social (FOUCAULT, 2008).

Nesse sentido, a RAPS é uma rede articulada de pontos de atenção que operam de maneira integrada, buscando garantir a continuidade do cuidado, a

interação entre equipes e a integralidade das ações em saúde mental. Diferentemente de um sistema fragmentado e hierarquizado, a rede pressupõe fluxos flexíveis, comunicação entre os serviços e construção compartilhada dos projetos terapêuticos singulares, considerando as necessidades e o contexto de vida de cada usuário (BRASIL, 2011).

Observa-se, de modo geral, tendência de crescimento do índice de cobertura em todas as regiões ao longo do período analisado, evidenciando a expansão do cuidado territorial substitutivo ao modelo manicomial. Entretanto, o gráfico evidencia desigualdades regionais persistentes, com regiões apresentando maior cobertura e outras permanecendo com menor disponibilidade relativa de serviços especializados. Esses dados reforçam que, embora a política de saúde mental tenha avançado na consolidação de dispositivos comunitários, a estruturação da rede ainda não ocorre de forma homogênea no território nacional, o que pode impactar diretamente o acesso, a continuidade do cuidado e o manejo de crises nos diferentes municípios. Assim, compreender a RAPS implica analisar não apenas sua existência normativa, mas também como sua implementação se materializa na realidade local, considerando capacidade instalada, fluxos assistenciais e articulação entre serviços (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

A presença das Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura são importantes para a identificação precoce do sofrimento psíquico e acompanhamento longitudinal dos usuários que foram desinstitucionalizados. Além disso, essas unidades desenvolvem ações de promoção da saúde mental e prevenção de agravos. A atenção primária contribui para a redução da medicalização excessiva e do encaminhamento indiscriminado para serviços especializados, além de fortalecer o cuidado próximo ao território onde os sujeitos vivem (AMARANTE; YASUI; LUZIO, 2018).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo responsáveis pelo cuidado territorial em saúde mental, acompanhamento longitudinal dos usuários e articulação entre os diferentes pontos da rede, desempenhando papel central na sustentação do cuidado em liberdade (AMARANTE, 2007).

Diante do exposto, observa-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira consolidou avanços normativos e institucionais relevantes ao propor a substituição progressiva do modelo manicomial por uma rede territorial e comunitária de cuidado em saúde mental. A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nesse sentido, representa marco fundamental para a organização do cuidado integral no Sistema Único de Saúde, especialmente ao reconhecer o CAPS como dispositivo central de acompanhamento longitudinal e de sustentação do cuidado em liberdade. Entretanto, apesar da expansão e da ampliação da cobertura assistencial observadas ao longo das últimas décadas, persistem desigualdades regionais, fragilidades na articulação intersetorial e tensões políticas que impactam a efetividade da rede, especialmente no que se refere ao processo de desinstitucionalização, continuidade do cuidado e prevenção de reinternações (AMARANTE, 2007; ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

Nesse contexto, torna-se necessário problematizar como a RAPS tem se materializado na prática cotidiana dos serviços e quais são os principais entraves enfrentados pelas equipes para sustentar o cuidado psicossocial em liberdade. Ainda que a rede esteja formalmente instituída, a distância entre os princípios normativos e a realidade operacional pode comprometer a integralidade do cuidado, gerando rupturas de fluxo, descontinuidade terapêutica e fortalecimento de práticas hospitalocêntricas, sobretudo para usuários egressos de internações psiquiátricas ou em situações de maior vulnerabilidade social. Assim, compreender o funcionamento da RAPS em nível municipal é estratégico para identificar desafios concretos de gestão, de articulação entre serviços e de sustentação de projetos terapêuticos singulares no território (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

Dessa forma, o presente estudo é orientado pelo seguinte problema de pesquisa: quais são os principais desafios enfrentados pelos profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Franca/SP para efetivar o cuidado em liberdade e a desinstitucionalização de usuários em sofrimento psíquico, especialmente aqueles egressos de internações psiquiátricas? Parte-se da hipótese de que tais desafios se relacionam não apenas a limitações estruturais e de financiamento, mas também à fragilidade na articulação em rede, à insuficiência de fluxos formais de referência e contrarreferência, e às dificuldades de integração intersetorial no território.

A desinstitucionalização constitui um dos princípios centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira e representa uma mudança na forma de compreender o sofrimento psíquico e organizar o cuidado em saúde mental. Ao contrário de uma simples redução de leitos hospitalares ou fechamento de instituições psiquiátricas, a desinstitucionalização é uma transformação ética, política e social, mudando o foco do isolamento institucional para a construção de práticas territoriais, comunitárias e baseadas na cidadania. Nesse sentido, autores como Basaglia (1985), Rotelli (2001) e Amarante (2007) apontam que a superação do hospital psiquiátrico não deve ser entendida apenas como um processo administrativo, mas como uma ruptura com lógicas históricas de exclusão e controle social.

É importante diferenciar, nesse contexto, os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização, frequentemente utilizados como sinônimos, mas que possuem significados distintos. A desospitalização refere-se, em geral, à redução de internações e à alta de usuários dos hospitais psiquiátricos, podendo ocorrer sem mudanças estruturais no modelo de cuidado. Já a desinstitucionalização é uma transformação mais ampla, que envolve a reconstrução das práticas profissionais, a criação de dispositivos territoriais e aumento das possibilidades de participação social das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, enquanto a desospitalização pode representar apenas uma mudança de local, a desinstitucionalização busca modificar as relações de poder, as formas de cuidado e a maneira como a sociedade reconhece a loucura (AMARANTE, 2007).

Nesse cenário, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como um instrumento fundamental para sustentar o cuidado em liberdade, promovendo a articulação entre diferentes pontos da rede e possibilitando o acompanhamento integral dos usuários em seus territórios. O cuidado em saúde mental próximo à comunidade rompe com a centralidade do hospital psiquiátrico uma vez que o sofrimento psíquico não pode ser dissociado das condições sociais, culturais e afetivas que fazem parte da vida dos indivíduos. (ROTELLI, 2001).

Dentro dessa perspectiva, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) assume papel estratégico, pois busca superar intervenções padronizadas e centradas na doença, valorizando a singularidade das trajetórias de vida e as necessidades específicas de cada sujeito. A elaboração coletiva do projeto

terapêutico realiza propostas de condutas terapêuticas focado na singularidade, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a redução de práticas medicalizantes e hospitalocêntricas (AMARANTE; YASUI; LUZIO, 2018).

No contexto brasileiro, a implementação da desinstitucionalização enfrenta desafios importantes, especialmente relacionados às desigualdades regionais, à fragilidade de financiamento e às tensões políticas que atravessam a política de saúde mental. Embora a expansão dos CAPS e de outros dispositivos territoriais represente avanços significativos, a sustentação do cuidado em liberdade depende da articulação efetiva entre os serviços da RAPS e da construção de redes de apoio que ultrapassem o setor saúde. Assim, o processo de desinstitucionalização deve ser compreendido como contínuo e dinâmico, exigindo avaliação permanente das práticas e fortalecimento das estratégias comunitárias (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

Dessa forma, discutir a desinstitucionalização dentro da RAPS significa compreender que o cuidado em saúde mental vai além da criação de novos serviços. Trata-se de construir práticas que favoreçam a autonomia, a participação social e a reconstrução dos projetos de vida das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, o modelo psicossocial busca sustentar o cuidado em liberdade como princípio central, alinhando-se aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 2007).

Apesar dos avanços históricos proporcionados pela Reforma Psiquiátrica e da consolidação normativa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a política de saúde mental brasileira tem enfrentado, nas últimas décadas, um cenário marcado por disputas políticas, reconfigurações institucionais e tensionamentos acerca dos modelos de cuidado. A partir de meados da década de 2010, especialmente após 2016, observa-se um movimento de inflexão nas diretrizes nacionais, com mudanças normativas que passaram a ampliar o financiamento de modalidades hospitalares e de comunidades terapêuticas, ao mesmo tempo em que fragilizaram a centralidade dos dispositivos territoriais e comunitários. Esse contexto tem sido interpretado por diversos autores como um período de disputas paradigmáticas entre o modelo psicossocial e perspectivas mais tradicionais de atenção à saúde mental, evidenciando que a Reforma Psiquiátrica

permanece como um campo em constante construção e disputa (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

No que se refere ao financiamento da RAPS, embora dados recentes indiquem aumento progressivo no custeio dos serviços substitutivos, tal crescimento não necessariamente reflete no fortalecimento estrutural homogêneo da rede. A ampliação orçamentária, em muitos casos, esteve associada à habilitação de novos serviços e à recomposição parcial de valores inflacionários, sem que isso resolvesse desafios históricos relacionados à insuficiência de recursos humanos, à sobrecarga das equipes e às desigualdades regionais de cobertura assistencial. Assim, o financiamento revela-se um elemento fundamental, porém insuficiente por si só, para garantir a efetividade do cuidado em liberdade e a articulação entre os diferentes pontos da rede (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

Além disso, observa-se um tensionamento entre o modelo hospitalar psiquiátrico e os serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reforçando que a consolidação do cuidado psicossocial depende não apenas de investimento econômico, mas também de planejamento territorial, qualificação das equipes e fortalecimento das articulações intersetoriais (AMARANTE, 2007).

Embora tenha ocorrido redução progressiva dos leitos psiquiátricos ao longo das últimas décadas, esses dispositivos ainda ocupam espaço relevante no sistema de saúde, evidenciando que a transição para o modelo psicossocial não ocorre de forma linear e permanece atravessada por disputas institucionais.

Nesse cenário, torna-se fundamental compreender como essas disputas políticas e estruturais se materializam no cotidiano dos serviços e no trabalho das equipes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial em nível municipal, especialmente em municípios do interior paulista.

2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da pesquisa é identificar os desafios enfrentados pelas equipes de saúde mental no cuidado ao paciente para articulação dos serviços na RAPS de Franca/SP.

2.2 Objetivo específico

- Identificar as fragilidades e os desafios percebidos pelos profissionais na organização dos pontos da RAPS;
- Identificar estratégias utilizadas pelas equipes para enfrentar as dificuldades operacionais no trabalho em rede;
- Analisar as principais potencialidades e avanços do modelo psicossocial no município, considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica;
- Investigar desafios e possibilidades da RAPS no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos usuários.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quali-quantitativa. O estudo possui delineamento transversal, no município de Franca, interior do estado de São Paulo.

3.2 Local e participantes do estudo

A pesquisa foi realizada no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Franca/SP, com participação de profissionais de saúde mental que atuam diretamente na rede, incluindo trabalhadores vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), à Unidade Básica de Saúde (UBS) e setores relacionados à gestão municipal de saúde mental.

3.3 Amostra do estudo

A amostra foi constituída por profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Franca/SP. A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional e não probabilística (por conveniência), considerando a acessibilidade aos serviços e a disponibilidade dos profissionais em participar do estudo. O número de participantes será definido de

acordo com a adesão e a viabilidade operacional durante o período de coleta, podendo sofrer variações. Foram incluídos profissionais com atuação mínima de seis meses na rede.

3.4 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implementação da RAPS (IMAI-RAPS), validado nacionalmente pela técnica Delphi e publicado em 2023. O questionário foi desenvolvido para avaliar dimensões essenciais do funcionamento da RAPS, contemplando aspectos estruturais, organizacionais e operacionais.

Neste estudo, será priorizada a análise das questões relacionadas aos desafios da desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento mental. O instrumento foi disponibilizado em formato digital, por meio da plataforma Google Forms, sendo autoaplicado pelos participantes.

3.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos coletados por meio do instrumento IMAI-RAPS serão primeiramente revisados para verificar a consistência, completude e identificação de respostas incompletas. Os dados foram analisados por estatística descritiva (frequências, médias e desvio padrão, quando aplicável).

Os resultados serão organizados em tabelas e gráficos, com interpretação orientada pelos objetivos da pesquisa.

As respostas abertas do instrumento, serão analisadas qualitativamente com base na Análise Temática, conforme proposta por Braun e Clarke (2006).

Essa abordagem permitirá a identificação de sentidos, padrões e desafios recorrentes relatados pelos profissionais no contexto do funcionamento da RAPS.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes

Participaram desta análise preliminar **9 profissionais** atuantes em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial do município. Quanto à categoria profissional, observou-se predominância de enfermeiros (**22,2%**), coordenador, diretoria de departamento, médico, pedagoga, psicóloga (**11,1%**). Em relação ao local de atuação, 22,2% dos participantes estavam vinculados à residência terapêutica, enquanto 11,1% atuavam em CAPS, UBS, UPA, universidade e gestão municipal.

Quanto ao tempo de atuação em saúde mental, **33,3%** referiram atuar há mais de 10 anos, enquanto **33,3%** possuíam de 6 a 10 anos de experiência na área, indicando diversidade de trajetórias profissionais entre os respondentes.

4.2 Organização do cuidado

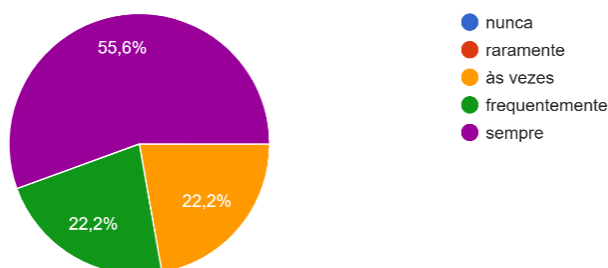
Na dimensão organização do cuidado, observou-se percepção predominantemente favorável quanto à presença de práticas alinhadas ao modelo psicossocial.

Observa-se que 55,6% dos participantes referiram que o atendimento multidisciplinar ocorre “sempre”, representado pela cor roxa, enquanto 22,2% indicaram ocorrência “frequente”, representada pela cor verde, e 22,2% relataram que ocorre “às vezes”, representado pela cor amarela, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percepção dos profissionais sobre a realização sistemática do atendimento multidisciplinar na RAPS. Franca/SP, 2026 (n=9).

O atendimento multidisciplinar é realizado de forma sistemática na RAPS?

9 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

A realização de oficinas terapêuticas e atividades coletivas foi apontada como frequente por **44,4%**, e a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi reconhecida por **56,6%** dos respondentes.

A discussão regular de casos clínicos em equipe foi mencionada como feita sempre por **55,6%**, enquanto estratégias voltadas ao cuidado em liberdade e reabilitação psicossocial foram referidas por **77,8%** e **66,7%**, respectivamente.

Esses achados sugerem potencialidades relacionadas à organização assistencial e à incorporação de práticas compatíveis com o modelo psicossocial.

4.3 Conectividade e articulação em rede

Na dimensão conectividade e articulação em rede, foram identificados avanços, mas também fragilidades importantes.

A comunicação entre CAPS e Atenção Básica foi avaliada positivamente por **88,9%** dos participantes, enquanto **11,1%** apontaram dificuldades nessa articulação.

Quanto aos fluxos de encaminhamento entre serviços, **77,8%** dos participantes consideraram haver clareza nos fluxos assistenciais, porém **11,1%** referiram fragilidades nos processos de referência e contrarreferência.

A articulação intersetorial foi considerada satisfatória por **55,6%**, enquanto **11,1%** dos profissionais a avaliaram como insuficiente.

Sobre a contribuição do trabalho em rede para evitar reinternações psiquiátricas, **55,6%** dos participantes reconheceram impacto positivo dessa articulação.

4.4 Integração e gestão do cuidado

Em relação à gestão do cuidado, **77,8%** dos profissionais relataram existência frequente de reuniões de equipe para planejamento das ações.

A participação coletiva na tomada de decisões clínicas foi reconhecida por **77,7%**, e o apoio institucional para o trabalho em rede foi considerado adequado por **55,6%**.

Quanto à integração entre níveis de atenção em saúde mental, **88,9%** avaliaram positivamente essa dimensão, enquanto **11,1%** apontaram fragilidades.

A contribuição da gestão municipal para articulação da RAPS foi percebida como satisfatória por **77,7%** dos respondentes.

4.5 Normatividade e participação social

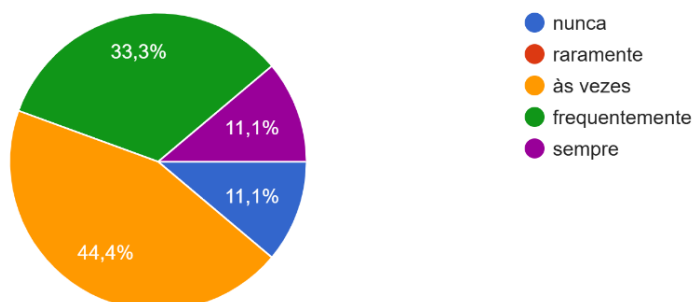
Quanto à adesão aos princípios da Reforma Psiquiátrica, **88,9%** dos participantes referiram que as ações desenvolvidas na rede seguem frequentemente essas diretrizes.

A participação dos usuários no planejamento do cuidado foi relatada como ocorrendo “às vezes” por 44,4% dos participantes (cor amarela), enquanto 33,3% indicaram que ocorre “frequentemente” (cor verde). Além disso, 11,1% referiram que essa participação ocorre “sempre” (cor roxa) e 11,1% “nunca” (cor azul), conforme ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Participação dos usuários no planejamento do cuidado na RAPS Franca/Sp 2026 (n=9)

Os usuários participam do planejamento do cuidado?

9 respostas



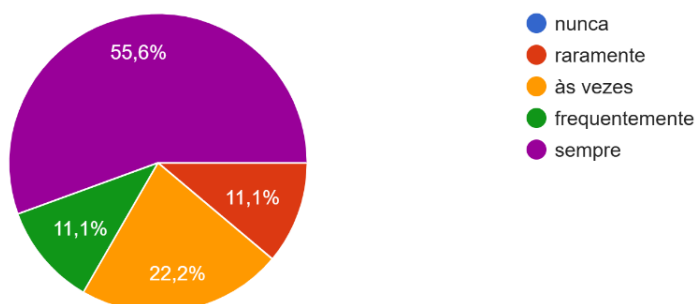
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às ações de incentivo à autonomia e inclusão social, 55,6% dos participantes referiram que essas ocorrem “sempre” (cor roxa), enquanto 22,2% indicaram ocorrência “às vezes” (cor amarela). Já 11,1% relataram que ocorrem “raramente” (cor vermelha) e 11,1% “frequentemente” (cor verde), conforme apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Percepção dos profissionais sobre incentivo à autonomia e inclusão social dos usuários Franca/SP 2026 (n=9)

Existe incentivo à autonomia e inclusão social dos usuários

9 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

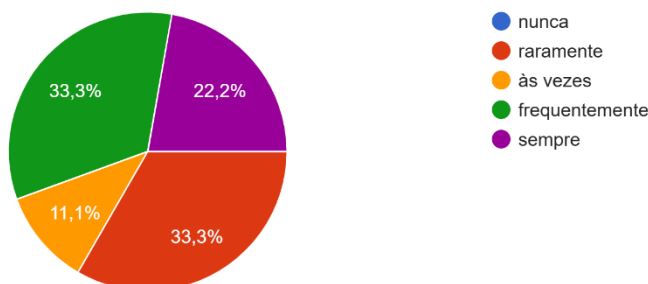
A promoção de ações de redução do estigma em saúde mental foi relatada por 66,7% dos participantes.

Em relação à participação comunitária nas ações da rede, 33,3% indicaram que ocorre “raramente” (cor vermelha), enquanto 33,3% referiram ocorrência “frequente” (cor verde). Além disso, 22,2% relataram que ocorre “sempre” (cor roxa) e 11,1% “às vezes” (cor amarela), conforme ilustrado no Gráfico 4

Gráfico 4 - Participação da comunidade nas ações de saúde mental. Franca/SP, 2026 (n=9).

Há participação da comunidade nas ações de saúde mental?

9 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

4.6 Estrutura e condições de trabalho

Na dimensão estrutura e condições de trabalho, emergiram desafios relevantes. A suficiência de recursos humanos para a demanda foi considerada adequada por **77,8%**, enquanto **22,2%** apontaram insuficiência. A estrutura física dos serviços foi avaliada positivamente por **77,8%**, e o acesso a materiais e insumos por **77,8%**. Quanto às capacitações em saúde mental, **44,4%** relataram recebê-las frequentemente.

Já a carga de trabalho compatível com acompanhamento adequado dos usuários foi referida como sempre por apenas 33,3%, evidenciando possíveis limites estruturais para efetividade do cuidado. Outras avaliações dos profissionais de saúde evidenciaram desafios importantes na articulação da rede, especialmente relacionados à comunicação entre os serviços, à integração entre os pontos da RAPS e à persistência de práticas hospitalocêntricas.

Também foram mencionadas dificuldades na inserção social dos usuários, no planejamento de ações comunitárias e na ampliação das estratégias territoriais de cuidado. Além disso, os profissionais destacaram limitações estruturais, como insuficiência de recursos humanos e necessidade de ampliação dos serviços.

Por outro lado, foram apontadas estratégias relevantes para o fortalecimento da rede, como a ampliação da articulação intersetorial (40%), a realização de reuniões periódicas entre equipes (10%) e a qualificação contínua dos profissionais (30%), além do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental no território (40%).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados preliminares deste estudo evidenciam que a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município investigado apresenta, de forma concomitante, avanços relacionados à consolidação do modelo psicossocial e desafios que tensionam a efetivação do cuidado em liberdade. Essa coexistência entre potencialidades e fragilidades está em consonância com a literatura nacional, que aponta que a Reforma Psiquiátrica brasileira produziu

transformações importantes na organização da assistência em saúde mental, mas ainda enfrenta limitações estruturais e operacionais para sua plena consolidação.

No que se refere à organização do cuidado, os achados indicam elevada presença de práticas compatíveis com o modelo psicossocial, especialmente no que diz respeito ao atendimento multidisciplinar, à discussão compartilhada de casos e à valorização de estratégias de reabilitação psicossocial. O fato de 77,8% dos participantes referirem que o atendimento multidisciplinar ocorre de forma frequente ou permanente reforça a incorporação de práticas interdisciplinares no cotidiano dos serviços, elemento central para a construção do cuidado integral em saúde mental. Esses resultados dialogam com Amarante (2007), ao afirmar que a Reforma Psiquiátrica não se limita à substituição de serviços, mas implica transformação das práticas profissionais e dos modos de cuidado.

Entretanto, apesar dessas potencialidades, os resultados evidenciam fragilidades importantes na articulação da rede. Aspectos como comunicação entre serviços, fluxos de referência e contrarreferência e integração intersetorial aparecem como desafios recorrentes, ainda que a maioria dos participantes tenha avaliado positivamente esses processos. A presença simultânea de avaliações positivas e relatos de dificuldades sugere que a RAPS se encontra em um estágio de consolidação, no qual a estrutura da rede está instituída, mas sua operacionalização ainda apresenta limitações no cotidiano dos serviços. Esse achado é consistente com estudos que apontam que a principal dificuldade da RAPS não reside em sua existência normativa, mas na efetivação prática de sua articulação territorial (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

Outro aspecto relevante refere-se à dimensão da participação social. Embora tenha sido identificado incentivo à autonomia e inclusão social dos usuários, com 66,7% dos participantes reconhecendo essas práticas, a participação efetiva dos usuários no planejamento do cuidado ainda se mostra limitada, ocorrendo predominantemente de forma eventual. Esse dado revela uma lacuna importante entre os princípios da Reforma Psiquiátrica, que valorizam o protagonismo dos sujeitos, e sua materialização nas práticas cotidianas. De forma semelhante, a participação da comunidade nas ações de saúde mental apresentou resultados heterogêneos, indicando que o fortalecimento do território ainda constitui um desafio para a rede.

No campo da gestão e organização do trabalho, os achados indicam a existência de espaços coletivos de planejamento e tomada de decisão, com elevada frequência de reuniões de equipe e participação interdisciplinar. No entanto, emergem limitações relacionadas às condições de trabalho, especialmente no que diz respeito à sobrecarga e à insuficiência de recursos humanos. O fato de apenas 33,3% dos participantes considerarem a carga de trabalho adequada para acompanhamento dos usuários evidencia possíveis impactos na continuidade do cuidado e na qualidade da atenção ofertada. A literatura aponta que tais fatores estruturais podem comprometer a efetividade do modelo psicossocial, uma vez que a construção do cuidado em liberdade exige disponibilidade de tempo, vínculo e acompanhamento longitudinal.

Outras avaliações dos profissionais reforçam esses achados ao evidenciar fragilidades na articulação da rede, dificuldades na integração entre serviços e persistência de práticas hospitalocêntricas. Além disso, os profissionais apontaram desafios relacionados à inserção social dos usuários, ao planejamento de ações comunitárias e à ampliação das estratégias territoriais de cuidado, indicando que a desinstitucionalização, embora consolidada como diretriz normativa, ainda enfrenta entraves em sua operacionalização prática.

Por outro lado, as estratégias apontadas pelos participantes demonstram a existência de caminhos para o fortalecimento da RAPS, especialmente por meio da ampliação da articulação intersetorial, da realização de reuniões periódicas entre equipes e da qualificação profissional contínua. Esses achados evidenciam que as próprias equipes produzem soluções no cotidiano do trabalho, reforçando o caráter dinâmico e processual da construção do modelo psicossocial.

Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam que a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial depende não apenas da existência de serviços, mas da capacidade de articulação entre eles, do fortalecimento das práticas territoriais e da sustentação de condições de trabalho adequadas. A efetivação do cuidado em liberdade, nesse sentido, deve ser compreendida como um processo contínuo, que exige investimento não apenas estrutural, mas também na qualificação das práticas e na construção de redes vivas de cuidado.

Por fim, destaca-se que o presente estudo apresenta limitações, especialmente por se tratar de análise preliminar com número reduzido de participantes, o que restringe a generalização dos resultados. Ainda assim, os achados contribuem para a compreensão dos desafios da RAPS em contexto municipal e oferecem subsídios para o aprimoramento das práticas em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia. Atenção psicossocial e reforma psiquiátrica no Brasil: avanços e desafios. In: AMARANTE, Paulo (org.). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 26 dez. 2011.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Saúde mental no Brasil: avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE COM COINFECÇÃO HIV EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Yasmim Aparecida Duarte Andrade
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
yasmimduarteandrade@hotmail.com

Lívia Maria Lopes-Gazaffi
Doutora em Ciências – EERP/USP
Graduada em Enfermagem - FAMERP
Docente do curso de Medicina e Enfermagem do Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida de pessoa para pessoa por vias respiratórias, por meio da inalação de gotículas contaminadas liberadas ao falar, tossir ou espirrar. (HARRISON, 2020). Já a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cuja transmissão ocorre principalmente por relações sexuais desprotegidas, uso compartilhado de materiais perfurocortantes e pela transmissão vertical – da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação (QUINTINO *et al.*, 2024). A ocorrência da tuberculose ativa em pessoas que vivem com o vírus HIV representa um desafio e impacta a sua mortalidade. Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), as pessoas infectadas pelo HIV apresentam um risco até 30 vezes maior de desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral (LOUREIRO *et al.*, 2018).

No Brasil e no mundo, a tuberculose é a principal causa de morte entre pessoas vivendo com HIV, causando um a cada 3 óbitos relacionados à AIDS (NAVES, 2024). Tais doenças se tornam um agravo de saúde ainda maior quando elas se associam pois ambas as doenças se potencializam mutuamente. O HIV, enfraquecendo o sistema imunológico do indivíduo e a tuberculose acelerando a progressão da infecção pelo HIV, agravando o quadro geral de saúde do paciente (BRASIL, 2022). Os indivíduos com tuberculose e com infecção pelo HIV

apresentam taxas de mortalidade 2,4 a 19,0 vezes mais elevadas que os sem a coinfeção. Isto se deve ao desenvolvimento da multirresistência aos medicamentos, o que agrava a situação dos doentes, amplia o tempo necessário para o tratamento e, conseqüentemente, eleva os custos das ações de controle (MIRANDA *et al.*, 2017).

Dessa forma, a coinfeção tuberculose e HIV (TB-HIV) se apresenta como um dos mais complexos quadros de adoecimento a ser enfrentado no campo da Saúde Pública. Portanto, conhecer o perfil epidemiológico dos portadores dessa coinfeção é de suma importância para desenvolver políticas de saúde pública que sejam eficientes e assertivas. Além disso, é crucial que essas ações sejam voltadas para o principal público acometido por essa doença que é, em sua maioria, composto por pessoas em situação de vulnerabilidade (SOARES *et al.*, 2024).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a tuberculose ocupa a segunda causa de morte por doença infecciosa no mundo. No ano de 2024, foram diagnosticados cerca de 10,8 milhões de casos de tuberculose no mundo – o maior número desde 1995 – com 1,25 milhão de mortes, das quais 161 mil ocorreram entre pessoas com HIV. Estima-se que 662 mil pessoas com HIV desenvolveram TB no mesmo ano, mas apenas 436 mil casos foram notificados, o que compromete o acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) (WHO, 2024).

No Brasil, foram notificados 84.308 novos casos de TB em 2024, segundo o boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2025. Dentre esses novos casos, 11,4% (cerca de 9.612) eram HIV positivo e apenas 57,3% dos pacientes coinfectados realizaram a terapia antirretroviral (TARV). Ainda segundo o boletim, a maioria dos casos de coinfeção ocorre em homens (71,1%), especialmente entre 30 e 39 anos. Pessoas pretas e pardas são as mais afetadas, com aumento de 57,1% para 65,8% dos casos entre 2013 e 2024, enquanto a proporção de pessoas brancas com TB diminuiu (BRASIL, 2025).

Já em relação ao estado de São Paulo, de acordo com o último boletim epidemiológico publicado pela Prefeitura do estado, foram registrados 6.406 novos casos de TB em 2022, com 8,1% em pessoas vivendo com HIV. A coinfeção é mais comum em adultos em idade economicamente ativa, entre 20 e 59 anos, com predominância entre pessoas pretas e pardas (56,2%), observou-se novamente uma queda dos casos entre pessoas brancas. Em crianças, de 34% a 40% dos casos

diagnosticados em menores de 15 anos ocorreram em menores de 5 anos (BRASIL, 2024).

Historicamente, as populações pretas e pardas têm vivenciado maiores desigualdades socioeconômicas, caracterizadas por menor nível de escolaridade, renda mais baixa e acesso restrito aos serviços de saúde. (SILVA *et al.*, 2018). Como resultado, a coinfeção TB-HIV é mais prevalente entre esses grupos populacionais (BRASIL, 2025), o que torna ainda mais importante a implementação e o fortalecimento de políticas de saúde pública que sejam de fato eficientes. É primordial que essas ações facilitem a chegada do paciente até o serviço de saúde, possibilitem um diagnóstico rápido de modo a evitar a progressão da doença e consigam adesão do paciente ao tratamento completo.

Os dados epidemiológicos apresentados acima, destacam a influência dos determinantes sociais, que, junto a outros fatores, podem fornecer uma análise da distribuição da TB-HIV no Brasil. A relação entre a TB e a pobreza é bidirecional, uma vez que a pobreza pode estar associada às condições precárias de saúde, e essas condições, por sua vez, podem perpetuar a pobreza (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A literatura é unânime em afirmar que o HIV alterou de forma decisiva o perfil epidemiológico da tuberculose. De acordo com Ruffino-Netto (1995), a infecção pelo HIV rompe o equilíbrio epidemiológico da TB ao aumentar substancialmente o risco de progressão de infecção latente para doença ativa - tanto por reativação endógena quanto por reinfeção exógena. O autor propõe inclusive modelagem para estimar o risco atribuível da TB em contexto de AIDS, evidenciando o impacto quantitativo da coinfeção.

O Brasil permanece entre os países de alta carga de TB/HIV, com padrão epidemiológico relativamente homogêneo entre regiões, ainda que com diferenças de magnitude. Pessoas vivendo com HIV têm risco 20–30 vezes maior de desenvolver TB ativa (LOUREIRO *et al.*, 2018). De acordo com o estudo de Bastos, *et al.*, (2020) existe um padrão sociodemográfico recorrente entre indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV no Brasil. Nos diferentes contextos analisados, observa-

se predominância do sexo masculino, concentração na faixa etária economicamente ativa — especialmente entre 30 e 49 anos —, baixa ou média escolaridade, maior frequência de indivíduos autodeclarados pardos ou negros e inserção em estratos de baixa renda.

Esse perfil revela a forte imbricação entre a coinfeção e condições estruturais de vulnerabilidade social, indicando que sua ocorrência ultrapassa a dimensão estritamente biomédica. Corroborando essa perspectiva, a revisão sobre determinantes sociais da mortalidade por tuberculose (ARCÊNCIO, *et al.*, 2021) aponta que baixa escolaridade, baixa renda, desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a própria coinfeção pelo HIV configuram-se como fatores diretamente associados ao aumento do risco de óbito no país. Assim, a literatura evidencia que a coinfeção TB/HIV se insere em um contexto marcado por iniquidades sociais persistentes, nas quais desvantagens socioeconômicas estruturam tanto o risco de adoecimento quanto a gravidade dos desfechos (SANTOS *et al.*, 2024)

Do ponto de vista clínico, a literatura aponta que, embora a forma pulmonar permaneça predominante, indivíduos coinfectados apresentam maior probabilidade de manifestações atípicas, formas extrapulmonares e quadros disseminados, especialmente em contextos de imunossupressão avançada (BASTOS *et al.*, 2019). A apresentação clínica pode ser menos típica, com maior frequência de baciloscopias negativas, o que dificulta o diagnóstico oportuno e contribui para atraso terapêutico. Além disso, a coinfeção associa-se a piores desfechos terapêuticos quando comparada à tuberculose isolada, com menores taxas de cura, maior abandono do tratamento e maior letalidade. (Brasil, 2024)

Além dos aspectos epidemiológicos e clínicos, a literatura recente tem destacado a experiência vivida pelas pessoas coinfectadas e seus impactos na qualidade de vida. Um estudo qualitativo evidenciou que o convívio simultâneo com tuberculose e HIV está associado a sofrimento emocional, estigma social, insegurança financeira e dificuldades relacionadas à adesão terapêutica, fatores que podem comprometer a continuidade do cuidado (CARVALHO *et al.*, 2022). Esses achados reforçam que o enfrentamento da coinfeção exige abordagem ampliada, que considere não apenas o manejo biomédico, mas também intervenções psicossociais e organizacionais capazes de reduzir barreiras de acesso e promover cuidado integral, (CAMEIA *et al.*, 2019).

A mortalidade constitui um dos aspectos mais críticos descritos na literatura. Estudos nacionais demonstram que a coinfeção pelo HIV é um dos principais fatores associados ao óbito por tuberculose, juntamente com idade avançada, baixa escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis (LIMA *et al.* 2016). Nesse sentido, a TB/HIV opera como amplificador do risco de morte, refletindo não apenas a interação biológica entre as doenças, mas também fragilidades estruturais no cuidado, na adesão terapêutica e na organização dos serviços de saúde. (ARCÊNCIO, *et al.*, 2021)

Outro ponto amplamente discutido refere-se à complexidade terapêutica. O manejo da coinfeção exige polifarmácia, está sujeito a interações medicamentosas entre antirretrovirais e tuberculostáticos e apresenta maior incidência de efeitos adversos, fatores que impactam diretamente a adesão. Embora a ampliação da terapia antirretroviral tenha contribuído para a redução da mortalidade em alguns cenários, a integração entre os programas de controle da tuberculose e do HIV ainda é apontada como insuficiente (BRASIL, 2013). A literatura destaca a necessidade de testagem universal para HIV entre casos de tuberculose, rastreamento sistemático de tuberculose em pessoas vivendo com HIV, início oportuno da terapia antirretroviral e fortalecimento da atenção primária como eixo organizador do cuidado. (CAMEIA *et al.*, 2019)

De forma sintética, a produção científica nacional converge ao caracterizar a coinfeção tuberculose/HIV como fenômeno epidemiologicamente relevante, clinicamente mais grave e socialmente determinado (Brasil, 2024). Trata-se de uma condição que extrapola o campo biomédico, exigindo abordagem integrada, territorializada e orientada pela redução das desigualdades sociais. Assim, o enfrentamento efetivo da coinfeção depende simultaneamente de intervenções clínicas qualificadas e de políticas públicas capazes de mitigar vulnerabilidades estruturais que sustentam a persistência da doença.

3. JUSTIFICATIVA

A complexidade da coinfeção TB-HIV representa um dos maiores desafios atuais para a saúde pública (BRASIL, 2022). Apesar das políticas públicas nacionais para o enfrentamento dessa coinfeção, ainda existem lacunas

importantes no conhecimento sobre o perfil dos pacientes acometidos, sobretudo em contextos locais, como cidades do interior, onde os recursos e a estrutura dos serviços de saúde podem ser mais limitados. Conhecer o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes — incluindo suas características demográficas, condições sociais, formas clínicas da doença, acesso ao diagnóstico e tratamento — é fundamental para o planejamento de ações mais eficazes e direcionadas.

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de produzir dados locais que possam colaborar com intervenções mais assertivas na gestão da saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento do trabalho contribuirá para a implementação de políticas públicas mais eficientes e o uso mais racional dos recursos financeiros disponíveis. Portanto, ocorrerá a melhoria da qualidade da atenção aos pacientes e a redução dos custos com internações e complicações evitáveis. Conclui-se que o presente trabalho de pesquisa é relevante pois tem a intenção de levantar dados acerca do conhecimento da população jovem sobre o HIV, assim como dos possíveis testes diagnósticos e métodos de prevenção, além de correlacioná-los com dados sociodemográficos.

Com as informações obtidas foi possível fazer a análise de subgrupos mais suscetíveis à contração do HIV e populações cujo conhecimento sobre o vírus e suas doenças sejam de níveis mais inferiores. Sendo assim, será possível pensar em possíveis projetos ou programas para serem implementados nessas regiões e grupos, para melhoria da saúde pública.

4. OBJETIVOS

O objetivo geral do presente estudo é analisar o perfil clínico-epidemiológico de portadores da coinfeção TB/HIV dos moradores de uma cidade do interior de São Paulo, no período de 2010 a 2024.

Com vistas a atingir o objetivo geral, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas dos pacientes coinfectados (idade, sexo, escolaridade, ocupação, entre outros);

- Descrever os principais aspectos clínicos relacionados à coinfeção, como forma de apresentação da tuberculose, comorbidades associadas e adesão ao tratamento;
- Verificar a distribuição temporal dos casos no município, identificando possíveis áreas ou períodos de maior incidência;
- Contribuir para o planejamento e fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento da coinfeção, baseando-se nos dados obtidos.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico e retrospectivo, cujo objetivo é caracterizar e analisar a distribuição de eventos relacionados à saúde em uma população específica, a partir da observação de dados previamente registrados. (Hamann & Luiz, 2021)

O delineamento descritivo tem como finalidade principal descrever as características sociodemográficas e clínicas da população estudada, bem como a frequência e a distribuição dos agravos, sem a intenção de estabelecer relações de causa e efeito. Esse tipo de estudo permite identificar padrões, tendências e perfis epidemiológicos, contribuindo para a compreensão do comportamento da doença no contexto analisado. (Barreto & Costa, 2003)

Por sua vez, o caráter epidemiológico fundamenta-se na análise da ocorrência e da distribuição dos eventos de saúde na população, considerando variáveis como tempo, lugar e pessoa. Essa abordagem possibilita subsidiar o planejamento de ações em saúde pública, orientar estratégias de prevenção e apoiar a tomada de decisões pelos gestores.

Quanto ao aspecto retrospectivo, o estudo baseia-se em dados já existentes, coletados em período anterior ao desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, as informações são obtidas por meio de registros secundários, permitindo a análise de eventos passados sem intervenção direta do pesquisador, o que confere

maior viabilidade operacional e reduz custos, mantendo-se o rigor metodológico na organização e interpretação dos dados.

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Franca – SP. De acordo com o último censo do IBGE, realizado em 2025, a cidade possui 365.494 habitantes. Já relação a sua rede de saúde, o município possui uma rede de controle para tuberculose e HIV composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 Estratégias de Saúde da Família (ESF). Por fim, a rede de urgência conta com duas UPAs e um Pronto Socorro Adulto.

O Centro de Saúde I – D. Evelina Gramani é a peça central no combate a essas patologias. Historicamente voltado para a cobertura sanitária e o manejo de doenças infecciosas (como tuberculose e hanseníase), o Centro consolidou-se como um equipamento estratégico de vigilância e cuidado. Além disso, foi nessa unidade onde foi realizada a coleta dos prontuários que foram individualmente analisados para extração dos dados epidemiológicos presentes nesta pesquisa. Atualmente, a unidade é a referência municipal para o cuidado integrado de pessoas vivendo com HIV/aids e para o controle da tuberculose. Sua estrutura inclui:

- Núcleo de IST/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): para diagnóstico precoce e aconselhamento.
- Serviço de Tisiologia: especializado no manejo da tuberculose.
- Farmácia Pública e Apoio Diagnóstico: garantindo a dispensação de medicamentos e a resolutividade do tratamento.
- A concentração desses serviços em um único local favorece a integralidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal, sendo fundamental para a prevenção combinada e a redução da mortalidade associada à coinfeção tuberculose-HIV no município.

5.3 População e amostra do estudo

A população deste estudo constituiu-se por sujeitos que tiveram diagnóstico de TB com notificação no município estudado no período de 2010 a 2024 e que fizeram acompanhamento no Ambulatório de Controle da Tuberculose municipal.

Serão adotados como critérios de inclusão pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; casos com diagnóstico confirmatório de TB (casos novos, recidiva e retratamento por abandono) e residentes da cidade estudada. Serão excluídos aqueles notificados por outros municípios, mesmo que estivessem em acompanhamento no cenário de estudo.

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes secundárias obtidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e por meio da análise individual de prontuários físicos disponíveis no Centro de Saúde I.

Com base nas informações registradas na ficha de notificação/investigação, foram extraídas variáveis sociodemográficas, dados clínicos dos casos diagnosticados com tuberculose (TB) e informações relacionadas ao controle da doença, considerando apenas os campos devidamente preenchidos.

Entre as variáveis sociodemográficas, foram consideradas informações como idade, sexo, raça/cor, escolaridade e município de residência, as quais permitem caracterizar o perfil epidemiológico da população estudada. No âmbito clínico e epidemiológico, foram analisados dados referentes à forma clínica, adesão ao tratamento, presença de comorbidades — incluindo a infecção pelo HIV —, além de informações sobre critérios diagnósticos e exames realizados.

Ressalta-se que a utilização das variáveis estará condicionada à completude e consistência dos registros no SINAN, podendo haver variação no número de observações válidas para cada análise. Esse procedimento visa garantir maior fidedignidade aos resultados e transparência quanto às limitações inerentes ao uso de dados secundários de vigilância em saúde.

A análise estatística será posteriormente conduzida no programa Statistic 7.0, empregando-se técnicas de estatística descritiva. Para as variáveis categóricas, serão calculadas frequências absolutas e relativas. Já para as variáveis numéricas, serão utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). É importante ressaltar que até o presente momento, essa análise ainda não foi realizada.

5.5 Comitê de ética

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) sob o parecer nº 8.294.824 e sob o CAAE nº 96034026.3.0000.5384.

6. RESULTADOS PARCIAIS

6.1 Análise Distributiva

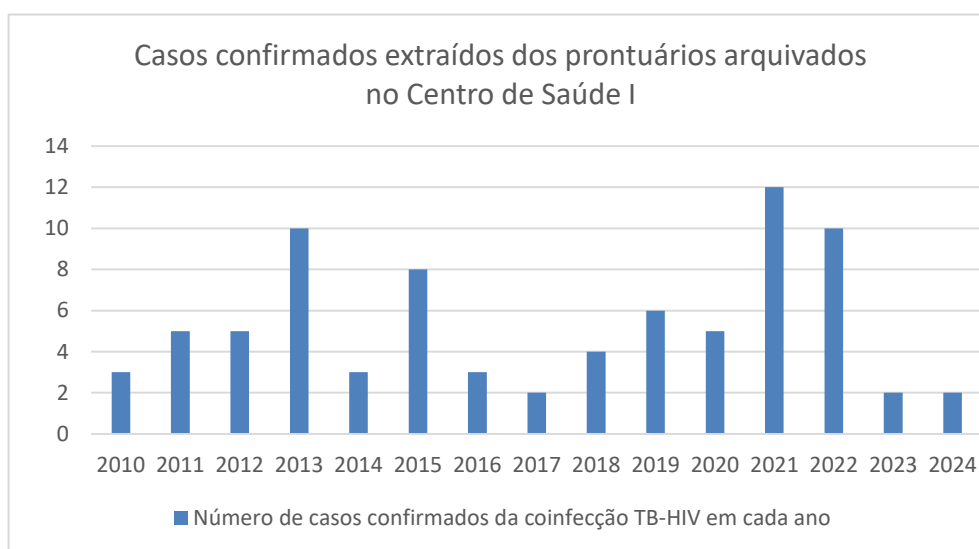


Gráfico 1: número de casos confirmados da coinfeção TB-HIV de 2010 a 2024

A partir da análise do gráfico acima, observa-se que, no período de 2010 a 2024, foram extraídos 73 casos confirmados de coinfeção tuberculose-HIV dos prontuários arquivados no Centro de Saúde I em Franca, apresentando uma dinâmica de notificações com variações anuais significativas.

Entre 2010 e 2012, observa-se uma fase de crescimento discreto, variando de 3 para 5 casos, mantendo estabilidade neste patamar. Contudo, em 2013, ocorre o primeiro grande salto da série com 10 casos registrados, seguido por uma queda abrupta em 2014 para apenas 3 casos. Essa oscilação inicial pode refletir picos momentâneos de detecção ou variações na organização do serviço de fisiologia na época.

Entre 2015 e 2017, a série apresenta uma tendência de queda progressiva (de 8 para 2 casos), atingindo em 2017 o menor valor da série histórica. Este período de baixa magnitude sugere uma possível manutenção das ações de controle, mas também alerta para o risco de subnotificação em anos de menor busca ativa. Em 2018 e 2019, os registros voltam a subir gradualmente, alcançando 6 casos no ano que antecedeu a crise sanitária global.

A partir de 2020, os dados revelam o impacto direto da pandemia de COVID-19 na dinâmica epidemiológica local. Em 2020, nota-se uma leve redução para 5 casos, possivelmente devido à priorização dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia e às barreiras de acesso impostas pelo isolamento social. No entanto, em 2021, observa-se o pico absoluto da série com 12 casos confirmados. Este aumento expressivo reflete a provável demanda reprimida do ano anterior e o diagnóstico tardio de pacientes cujas vulnerabilidades socioeconômicas foram agravadas durante o período pandêmico.

Em 2022, o número de notificações permanece elevado com 10 casos, indicando uma estabilização em patamares altos após o pico. Já nos anos de 2023 e 2024, os dados apontam uma redução acentuada para 2 casos anuais. Entretanto, é fundamental considerar que esses números podem sofrer atualizações, especialmente o dado de 2024, visto que o fluxo de arquivamento de prontuários e encerramento de casos no Centro de Saúde I pode apresentar registros tardios.

De forma geral, a série histórica baseada nos prontuários demonstra dois perfis distintos:

- 2010 a 2019: Período marcado por oscilações cíclicas, com um pico isolado em 2013.
- 2020 a 2024: Período de forte impacto pandêmico, com a maior concentração de casos entre 2021 e 2022, seguido de uma queda em fase de monitoramento.

Este levantamento documental reforça a importância da pesquisa em curso para compreender o perfil clínico e as vulnerabilidades dos 73 indivíduos identificados. Conhecer as características desses pacientes permitirá ao município de Franca alinhar suas políticas de saúde e fortalecer a resolutividade do Centro de Saúde I no enfrentamento da coinfeção TB-HIV.

6.2 Análise dos Aspectos Sociodemográficos

Até o presente momento, a pesquisa de campo realizada através de 73 prontuários possibilitou a extração de dados parciais sobre a coinfeção Tuberculose-HIV no município de Franca-SP. Ao analisar a série histórica de quatorze anos (2010–2024), identificaram-se padrões sociodemográficos e clínicos que evidenciam o impacto e a complexidade dessa comorbidade na realidade regional.

O estudo revela que a coinfeção em Franca atinge predominantemente adultos jovens em plena idade produtiva, com uma média de idade de 37,3 anos. Este dado é alarmante, pois aponta para um impacto econômico direto na região, especialmente quando correlacionado ao perfil ocupacional identificado. Observou-se uma prevalência marcante de trabalhadores do setor calçadista (sapateiros e auxiliares) e da construção civil (pedreiros e serventes). A recorrência dessas ocupações sugere que a precariedade de certas condições de trabalho e a possível exposição a ambientes insalubres ou aglomerados podem atuar como determinantes sociais que facilitam a transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* em indivíduos já imunossuprimidos pelo HIV.

A partir da análise quantitativa dos prontuários, observa-se uma disparidade acentuada na distribuição por gênero, com um predomínio expressivo do sexo masculino, que representa 81,2% (65 casos) da amostra, enquanto o sexo feminino corresponde a apenas 18,8% (15 casos). Essa prevalência masculina pode ser atribuída a uma combinação de fatores biológicos e, principalmente, sociocomportamentais. Historicamente, os homens tendem a apresentar menor adesão a medidas preventivas e ao autocuidado, além de estarem mais expostos a fatores de risco ambiental e ocupacional, como demonstrado pela concentração de casos em setores braçais e informais (construção civil e indústria calçadista).

No que tange aos aspectos educacionais, a escolaridade média dos pacientes foi de apenas 6,6 anos, indicando que a grande maioria não concluiu o Ensino Fundamental II. Foram registrados casos extremos com apenas 1 ou 2 anos de estudo formal. Essa baixa escolaridade é um fator crítico, pois frequentemente está associada a uma menor compreensão das orientações terapêuticas, dificuldades no autocuidado e maior vulnerabilidade social. Este cenário é agravado pela alta incidência de outras comorbidades e agravos comportamentais, como o alcoolismo e a drogadição (notadamente o uso de crack e tabaco), presentes em aproximadamente 28% da amostra. Essa interseção entre a vulnerabilidade química e a coinfeção TB-HIV é um fator de preocupação epidemiológica, pois está diretamente associada a maiores taxas de abandono de tratamento e recidivas, conforme observado em casos específicos no Jardim Noêmia e no Centro. A presença dessas comorbidades reforça a necessidade de um acompanhamento interdisciplinar que integre o serviço de tisiologia e o núcleo de IST/AIDS a dispositivos de saúde mental, como o CAPS AD, para garantir a adesão terapêutica e o sucesso do desfecho clínico nesses pacientes.

Clinicamente, embora a forma pulmonar seja a mais frequente (89%), a pesquisa identificou uma variedade preocupante de formas extrapulmonares e graves. Foram catalogados casos de Tuberculose Miliar, Meníngea e neurotuberculose com sequelas graves, como paraplegia. Essas apresentações refletem o estado avançado de imunossupressão dos pacientes no momento do diagnóstico de TB, sugerindo falhas ou atrasos no monitoramento da carga viral e na terapia antirretroviral (TARV) para o HIV. Além disso, a análise documental revelou casos provenientes do sistema prisional e situações de internação compulsória, evidenciando que as populações negligenciadas e institucionalizadas demandam estratégias de busca ativa mais robustas.

Geograficamente, a pesquisa identificou a maior quantidade de notificação nos seguintes bairros: Vila Aparecida, Jardim Francano e Jardim Aeroporto. A persistência de casos nessas áreas ao longo de uma década sugere que a transmissão da TB-HIV em Franca não é aleatória, mas concentrada em territórios com vulnerabilidades socioeconômicas específicas. Em suma, os resultados parciais reforçam que a coinfeção TB-HIV em Franca é um fenômeno multifatorial, onde a baixa escolaridade, a informalidade laboral no setor calçadista e

o uso de drogas potencializam a gravidade clínica. Esses dados fundamentam a necessidade de políticas públicas que integrem o tratamento da tuberculose com o suporte psicossocial e o controle do HIV, visando reduzir as taxas de recidiva e mortalidade nesta população.

Conclui-se então que, os resultados parciais desta investigação revelam a complexa teia de fatores socioeconômicos e clínicos que definem o perfil da coinfeção TB-HIV em Franca ao longo dos últimos 14 anos. A identificação de padrões ocupacionais específicos e a análise da distribuição geográfica dos casos demonstram que a vulnerabilidade é acentuada por contextos de exclusão social e falhas no acompanhamento terapêutico. Assim, este estudo reafirma a importância da análise documental sistemática como ferramenta de vigilância epidemiológica, fornecendo subsídios robustos para o planejamento de políticas públicas. Dessa forma, a continuidade desta pesquisa permitirá um aprofundamento ainda maior nas trajetórias desses pacientes, visando propor intervenções mais assertivas que contribuam para a redução da morbimortalidade e para o fortalecimento da rede municipal de saúde no enfrentamento deste agravo.

Relação dos casos de TB-HIV nos anos de 2010 a 2024

Ano	Total de casos	Idade média	Escolaridade média	Forma Clínica	Em uso de TARV
2010	3	29 anos	07 anos	Pulmonar	2
2011	5	43,8 anos	04 anos	Pulmonar	4
2012	5	38 anos	08 anos	Pulmonar	4
2013	10	42 anos	05 anos	Pulmonar	7
2014	3	41 anos	05 anos	Pulmonar	2
2015	8	32,8 anos	05,5 anos	Pulmonar Miliar	6
2016	3	49,6 anos	08 anos	Pulmonar	2
2017	2	33,5 anos	08 anos	Pulmonar	1

2018	4	33 anos	09 anos	Pulmonar	2
2019	6	45 anos	06 anos	Pulmonar	5
2020	5	31,8 anos	04 anos	Pulmonar, Neuro TB	3
2021	12	37,5 anos	06 anos	Pulmonar	9
2022	10	36,3 anos	09 anos	Pulmonar, outras	8
2023	2	34 anos	11 anos	Pulmonar, Meníngea	2
2024	2	35 anos	-	Pulmonar	2
TOTAL	73	37,8 anos	6,6 anos	Pulmonar (89%)	59 (80,8%)

Tabela 1- Relação de casos TB-HIV por ano e variáveis epidemiológicas analisadas

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV (TB-HIV) no município de Franca, SP, entre os anos de 2010 e 2024, revela um padrão de adoecimento que ecoa as tendências observadas em estudos de âmbito nacional e estadual. Os dados parciais obtidos no Centro de Saúde I demonstram que a dinâmica da doença no interior paulista não é um evento isolado, mas sim o reflexo de iniquidades estruturais que atingem grupos populacionais específicos em todo o Brasil.

A literatura científica é unânime em apontar que a coinfeção TB-HIV atinge majoritariamente homens em idade produtiva e com baixa escolaridade. Estudos publicados na Acta Paulista de Enfermagem por Bastos et al. (2020) e Naves (2024) corroboram os achados de Franca ao demonstrarem que a vulnerabilidade social é o principal motor da manutenção dessas patologias. Em Franca, a média de idade de 37,3 anos e a escolaridade média de 6,6 anos alinham-se perfeitamente a esse perfil nacional, onde a falta de acesso à informação e a precariedade econômica dificultam o diagnóstico precoce e a continuidade da terapia antirretroviral (TARV).

Além disso, a concentração de casos em trabalhadores dos setores calçadista e da construção civil em Franca reforça a tese de Arcêncio et al. (2021)

sobre os determinantes sociais da saúde. Ambientes de trabalho muitas vezes insalubres ou aglomerados, aliados à informalidade, potencializam o risco de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*. Esse cenário de "exclusão social" também é discutido por Soares et al. (2024), que associam a coinfeção a indivíduos em situações de extrema vulnerabilidade, incluindo aqueles com transtornos por uso de substâncias. Em Franca, a prevalência de 28% de comorbidades como o alcoolismo e a drogadição reflete exatamente essa interseção entre vulnerabilidade química e clínica descrita na literatura recente.

Clinicamente, a ocorrência de formas extrapulmonares e disseminadas em Franca, como a meningite tuberculosa, é um indicador de diagnóstico tardio, conforme apontado por Bastos et al. (2019). Tais formas são mais comuns em pacientes com imunossupressão severa, evidenciando que o sistema de saúde ainda enfrenta barreiras para captar precocemente o paciente coinfectado. O pico de casos observado em Franca no ano de 2021 (12 casos) também encontra eco em dados do Ministério da Saúde, que sugerem um represamento de diagnósticos durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19, resultando em um aumento da gravidade dos casos subsequentes.

Conclui-se que o perfil epidemiológico de Franca é simétrico ao exposto em grandes estudos nacionais. A persistência da coinfeção em territórios específicos e subgrupos vulneráveis reafirma a necessidade de políticas públicas intersetoriais, que unam o manejo biomédico ao suporte psicossocial, garantindo que o tratamento alcance aqueles que vivem às margens da estrutura social.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, os resultados desta investigação revelam a complexa rede de determinantes socioeconômicos e clínicos que definem o perfil da coinfeção TB-HIV em Franca ao longo dos últimos 14 anos. A análise sistemática dos 73 prontuários demonstrou que a vulnerabilidade é acentuada por padrões ocupacionais específicos, como a informalidade nos setores calçadista e de construção civil, e pela baixa escolaridade média de 6,6 anos, fatores que potencializam o risco de desfechos graves e recidivas. Além disso, a identificação de picos de incidência em 2013 e 2021, este último sob forte influência do impacto

pandêmico, reforça a necessidade de um sistema de vigilância epidemiológica contínuo e sensível às flutuações sociais. Em conclusão, o estudo atesta que o enfrentamento efetivo dessa comorbidade no município depende de políticas públicas intersetoriais que integrem o suporte clínico do Centro de Saúde I a intervenções psicossociais robustas, visando mitigar as iniquidades estruturais, ampliar a adesão à TARV e garantir um cuidado integral que reduza a morbimortalidade nesta população.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Coinfecção TB-HIV 2022**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose da Cidade de São Paulo 2024**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, Tuberculose 2025**.

FONTELLES, Mauro J. et al. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 3, n. 23, 2009.

GUIMARÃES, Raphael M. et al. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Rio de Janeiro, 38, Junho 2012. 511-517.

HARRISON. **Medicina Interna de Harrison**. 20. ed., v1 e 2. Porto Alegre: AMGH Editora, 2020.

LOUREIRO, Luana O. et al. Aspectos Epidemiológicos da tuberculose nas Regiões de Integração do estado do Pará, Brasil, no período entre 2005 e 2014. **Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 3, 2018.

MIRANDA, Lihuan O. et al. Aspectos Epidemiológicos da coinfecção Tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Piauí, v. 3, n. 3, p. 59-70, 2017.

NAVES, Elisângela F. E. A. Fatores associados à morte por coinfecção tuberculose/HIV no sistema prisional. **ACTA Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 37, 2024.

CAMEIA, Silvano da Silva et al., Desafios no tratamento da coinfeccção de tuberculose em pessoas com HIV/AIDS em Angola. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

QUINTINO, Andressa B. et al. Manejo Clínico em pacientes com diagnóstico de coinfeção Tuberculose/HIV. **PubSaúde**, v. 16, Janeiro 2024. -

SILVA, Inácio C. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 3, n. 27, 2018.

SOARES, Karlian K. et al. Análise do perfil de vulnerabilidade da coinfeção de tuberculose em pessoas vivendo com HIV. **Journal of Human Growth and Development**, Vitória, 2024. -

WHO, World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2024**
ABUBAKAR I, P. L. (2013). Revisão sistemática e meta-análise das evidências atuais sobre a duração da proteção da vacinação com o bacilo de Calmette-Guérin contra a tuberculose. **Health Technol Assess**, pp. 72-87. -

Geo, B. F., Karen, C. C., & Janet, B. S. (2014). **Microbiologia Médica de Jawetz, Melnick & Adelberg**.

RUSSEL, J. G. (2011). **Patologia E Terapeuticas Para Farmaceuticos**.

VERONESI, R. (2009). **Tratado de Infectologia** 4º ed. São Paulo: Atheneu.

MANGTANI, Punam, et al., 2014. Proteção da vacina BCG contra tuberculose: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Clin Infect Di**, 58: 470–480.

ROY Abmael, et al., 2014. Efeito da vacinação BCG contra a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em crianças: revisão sistemática e meta-análise. **BMJ Journals**

BASTOS, Shyrlaine Honda, 2020 et al., Coinfeção tuberculose/HIV: perfil sociodemográfico e saúde de usuários de um centro especializado. **Acta Paul Enfermagem**

RUFFINO-NETTO, Antonio. Avaliação do excesso de casos de tuberculose atribuídos à infecção HIV/AIDS: ensaio preliminar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 346-355, 1996. Trabalho apresentado no Seminário Interprogramas HIV/Tuberculose, Fortaleza, CE, 1994 -

MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2018126, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BASTOS, Shyrlaine Honda *et al.* Perfil sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1458-1465, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0285 -

ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre *et al.*, Determinantes sociais e mortalidade por tuberculose no Brasil: estudo de revisão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 45, n. 1, p. 228-241, jan./mar. 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.

LIMA, Mauricélia da Silveira *et al.*, Mortalidade relacionada à coinfeção tuberculose e HIV/AIDS no Brasil, 2000-2011: padrões epidemiológicos e tendências temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00026715, out. 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00026715.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

FRANCA (SP). *Centro de Saúde de Franca*. Franca: Prefeitura Municipal de Franca, [s.d.]. Disponível em: <https://www3.franca.sp.gov.br/noticia/31348/centro-de-sade-de-franca.html>. Acesso em: 03 fev. 2026.

CARVALHO, Marcos Vinícius de Freitas *et al.*, A coinfeção tuberculose/HIV com enfoque no cuidado e na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE02811, 2022.

SANTOS, Beatriz Almeida *et al.* Vigilância da coinfeção TB-HIV no Brasil: uma abordagem temporal e espacial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240037, 2024.

ROSEMBERG, José. Mecanismo imunitário da tuberculose: síntese e atualização. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 9, n. 1, p. 35-59. jan./jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: módulo II – coinfeções e infecções oportunistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

ANÁLISES SINTOMATOLÓGICAS DA IMUNOSSUPRESSÃO EM ESTRESSE CRÔNICO NOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO

Filipe Laurente
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
filipelaurente@gmail.com

Prof. Dr. Ana Carolina Garcia Braz
Docente nos cursos de graduação de medicina e enfermagem– Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O sistema imunológico é uma complexa combinação de órgãos, células e moléculas atuando de forma concomitante a uma finalidade de proteção contra agressões. A imunidade é constituída de dois tipos: Inata e adaptativa (CRUVINEL et al., 2010).

A imunidade inata é a primeira linha de defesa contra agressões, antes mesmo do desenvolvimento sintomatológico, representada por barreiras epiteliais, fagócitos, células dendríticas, mastócitos, células natural killer e complemento. Já a imunidade adaptativa é mais especializada e intensa. Representada pelos linfócitos B e linfócitos T, a qual produz anticorpos e células T efetoras (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2018).

A linhagem mielóide é precursora da maioria das células presentes no sistema imune, a qual o progenitor mielóide comum se origina em macrófagos, células dendríticas, granulócitos e mastócitos presentes no sistema imune. Megacariócitos e as hemácias são oriundas também desta linhagem. Partindo do progenitor mielóide comum ele possui alguns possíveis destinos: Célula dendrítica imatura, progenitor de macrófagos, progenitor de granulócitos, progenitor de eritroblastos e progenitor de megacariócitos, a partir da qual irão ter fase de maturação e apresentar sua ação em sua fase ativa (MURPHY; MACHADO; RENARD; GUALDI, 2014).

Já o progenitor linfóide comum na medula óssea se origina em linfócitos antígeno-específicos que se originarão em células T e células B e nas células natural killer (célula NK). Vale citar que as células dendríticas podem,

também, serem oriundas da linhagem linfóide tal qual foi originada da mielóide (MURPHY; MACHADO; RENARD; GUALDI, 2014).

Estudos recentes mostraram que o estresse (condição mental e sistêmica relacionado a alguma variável) é um potencial modificador do sistema imune. Disfunções em nível de citocinas, órgãos neuroendócrinos e mudanças celulares são respostas importantes ao estresse crônico, levando a imunossupressão. A relação da imunossupressão com o estresse está intrínseco ao mecanismo neuroendócrino a qual há estimulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema simpático, elevando hormônios como o cortisol, adrenalina e noradrenalina. O cortisol em níveis elevados no corpo humano reduz o número de linfócitos e inibem a produção de citocinas, sendo um meio de supressão de imunidade inata e adaptativa (BALAKIN et al., 2025).

A ativação do sistema nervoso simpático é mediada via estímulos oriundos do sistema límbico e incita a produção das catecolaminas como a adrenalina e a noradrenalina, a qual ambas possuem capacidade para alterações em nível imunológico. Esses neurotransmissores podem alterar a imunidade de várias formas, podem melhorar o sistema imunológico como as células NK e macrófagos mas também podem inibir a imunidade adaptativa alterando a função dos linfócitos T e linfócitos B (ALOTIBY, 2024).

Vale a pena ressaltar o sistema imune de mucosa, a qual compreende as áreas corpóreas como o trato gastrointestinal, respiratório e o trato urogenital, a qual possui epitélio secretor de muco. Inclui, também, o sistema glandular exócrino (MURPHY; WEAVER; BERG, 2017).

No sistema gastrointestinal, os linfócitos, macrófagos e DCs são encontrados na lâmina própria de forma difusa. Os tecidos linfóides associados ao intestino (GALTs) juntamente com os linfonodos mesentéricos formam o tecido linfóide secundário intestinal. Os GALTs incluem as placas de Peyer, presentes no intestino delgado, que possuem importante função de resposta imune no órgão (MURPHY; WEAVER; BERG, 2017).

Diferenciando dos enterócitos especializados em absorção de nutrientes e excreção de enzimas, no intestino existem as células multifenestradas (células M), cuja função imune é evidente (MURPHY; WEAVER; BERG, 2017).

Foram descritas três fases de estresse, sendo a primeira e a segunda fases reações de alerta e de resistência respectivamente e não denotam gravidade. Já a terceira fase do estresse chamado de exaustão pode interferir organicamente na saúde do indivíduo. No sistema nervoso, o estresse pode interferir nas fibras do sistema nervoso simpático e alterar funções de órgãos linfóides primários e secundários em todo o corpo (ALOTIBY, 2024).

Segundo estudos de Louzada e Pacheco (2022) a prevalência de estudantes universitários com ansiedade, uma forma de estresse, atingiu níveis altos entre sua amostragem de alunos, trazendo uma variedade de sintomatologias como consequência (LOUZADA e PACHECO, 2022).

Clinicamente, o estresse manifesta-se através de uma complexa cascata neuroendócrina que afeta múltiplos sistemas orgânicos. As manifestações somáticas primárias incluem cefaléia tensional, distúrbios do sono e hiperatividade do sistema nervoso autônomo, manifestada por taquicardia e hipertensão arterial episódica (APA, 2024).

No trato gastrointestinal, a literatura aponta uma correlação direta entre o estresse crônico e a exacerbação de sintomas de dispepsia e síndrome do intestino irritável, mediada pelo eixo cérebro-intestino (LABANSKI et al., 2020).

Adicionalmente, o estado de alerta persistente induz fadiga crônica e prejuízos cognitivos, como déficit de memória e redução da capacidade de concentração, decorrentes da exposição prolongada do tecido cerebral a níveis elevados de cortisol (MCEWEN, 2023).

A literatura aponta que o estresse crônico está associado a alterações imunológicas que impactam a mucosa oral e favorecem a ocorrência de manifestações como Estomatite Aftosa Recorrente e reativação do Herpes Simplex (SANTOS; OLIVEIRA, 2024).

Além disso, estudos epidemiológicos demonstram associação entre estresse ocupacional e redução da IgA salivar, marcador relevante da imunidade local, o que pode contribuir para maior vulnerabilidade a alterações periodontais e infecções oportunistas (RODRIGUES et al., 2025).

Além disso, estudos experimentais em modelos animais mostraram que o estresse psicológico pode suprimir respostas imunológicas responsáveis por limitar a proliferação de *Candida albicans*, indicando um possível mecanismo que

favorece infecções oportunistas como a candidíase em situações de estresse crônico (NÚÑEZ et al., 2002).

De acordo com Jia e Loo (2018), 37,7% dos estudantes de uma universidade na Malásia apresentaram níveis elevados de estresse percebido. Os autores estabeleceram um paralelo com investigações conduzidas entre estudantes de Medicina na Índia e no Paquistão, nas quais as prevalências observadas foram superiores, correspondendo a 42,5% e 58,9%, respectivamente. Ademais, o estudo evidenciou que o sexo feminino apresentou maior probabilidade de manifestar níveis aumentados de estresse quando comparado ao sexo masculino.

Os objetivos da pesquisa são analisar a relação entre o nível de estresse percebido e a presença de sinais e sintomas sugestivos de alteração da resposta imunológica em estudantes de graduação de uma instituição de ensino superior do interior paulista, bem como descrever o perfil sociodemográfico dos entrevistados, os sinais e sintomas mais prevalentes, as relações entre cursos de graduação e nível de estresse.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, de abordagem quantitativa, em andamento, realizado com estudantes de graduação da Faculdade Municipal de Franca (Uni-FACEF), em Franca–SP. A amostra, não probabilística por conveniência, está sendo composta por 90 participantes regularmente matriculados, sendo excluídos indivíduos com matrícula irregular, em uso de terapia imunossupressora ou com doenças crônicas imunossupressoras.

A coleta de dados está sendo conduzida por meio de formulário online contendo convite, informações do estudo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento, os participantes estão respondendo a três instrumentos: (1) questionário sociodemográfico, contemplando variáveis como idade, sexo e curso; (2) Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS), composta por 10 itens e utilizada para classificação dos níveis de estresse; e (3) questionário sintomatológico, voltado à identificação da frequência de manifestações clínicas sugestivas de imunossupressão, como lesões orais, infecções recorrentes e outras condições associadas.

A variável independente corresponde ao nível de estresse percebido (escore total da PSS), enquanto a variável dependente refere-se à presença e frequência de sinais e sintomas clínicos. Os dados estão sendo analisados no software SPSS® v.25, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Está sendo realizada análise descritiva (frequências, médias e desvios-padrão), além de testes comparativos (paramétricos ou não paramétricos, conforme a distribuição dos dados) e análise de correlação entre níveis de estresse e manifestações clínicas.

Os escores da Escala de Estresse Percebido (PSS-10) foram calculados através da inversão das pontuações dos quatro itens positivos (4, 5, 7 e 8) e somatório de todos os 10 itens, resultando em uma pontuação total de 0 a 40. Para fins de análise, o estresse foi categorizado em níveis: baixo (0-13), moderado (14-26) e alto (27-40). A análise estatística incluiu o Teste de Qui-Quadrado de Pearson para avaliar a associação entre variáveis categóricas (como sexo e presença de sintomas) e a comparação de médias de estresse entre subgrupos (como estudantes com e sem candidíase). Para as análises de correlação entre idade e escore de estresse, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os dados foram processados com auxílio de bibliotecas estatísticas em linguagem Python, sendo adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes aplicados.

3. RESULTADOS PARCIAIS

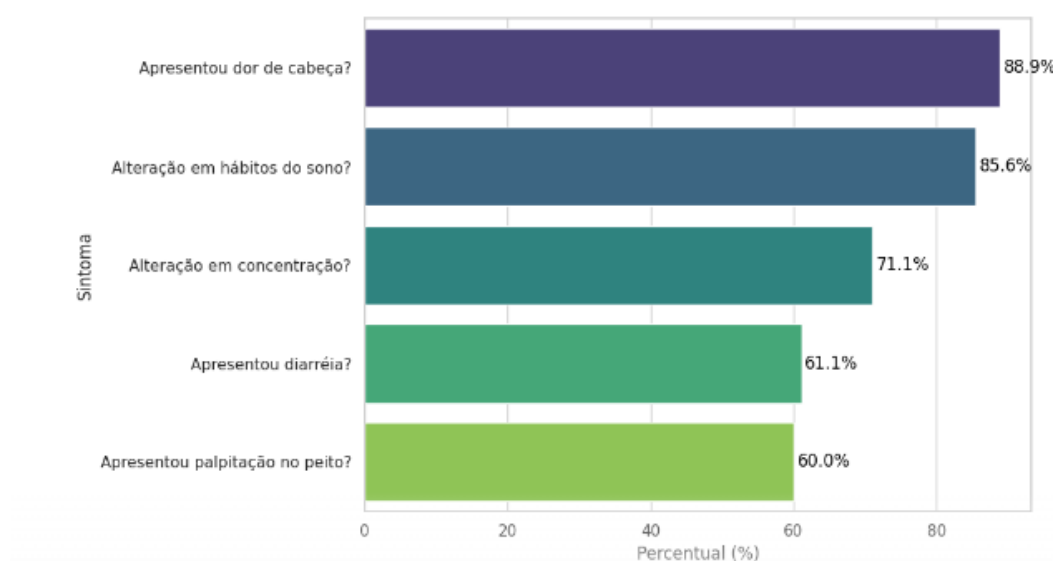
A amostra parcial deste estudo compreende 90 participantes, devidamente matriculados na instituição de ensino superior. Observou-se um predomínio do sexo feminino, representando 76,7% ($n=69$) da amostra, enquanto o sexo masculino totalizou 23,3% ($n=21$). A média de idade dos respondentes foi de 21,9 anos ($DP \pm 5,6$), com amplitude entre 17 e 56 anos.

No que tange à distribuição acadêmica, o curso de Medicina apresentou a maior prevalência de respostas (67,8%), seguido pelos cursos de Psicologia (11,1%) e Engenharia Civil (5,5%).

No levantamento de sintomas percebidos durante o período acadêmico, constatou-se uma elevada prevalência de manifestações clínicas. A cefaleia (dor de cabeça) foi o sintoma mais relatado, atingindo 88,9% dos

participantes. Alterações no padrão de sono foram reportadas por 85,5%, seguidas por dificuldades de concentração (71,1%), episódios de diarreia (61,1%) e palpitações precordiais (60,0%). Quanto à saúde imunológica específica, a ocorrência de candidíase foi relatada por 18,84% do público feminino. Em relação à frequência de quadros infecciosos comuns, como resfriados e gripes, 32,2% dos participantes indicaram uma frequência semestral e outros 32,2% relataram a ocorrência de um episódio ao ano.

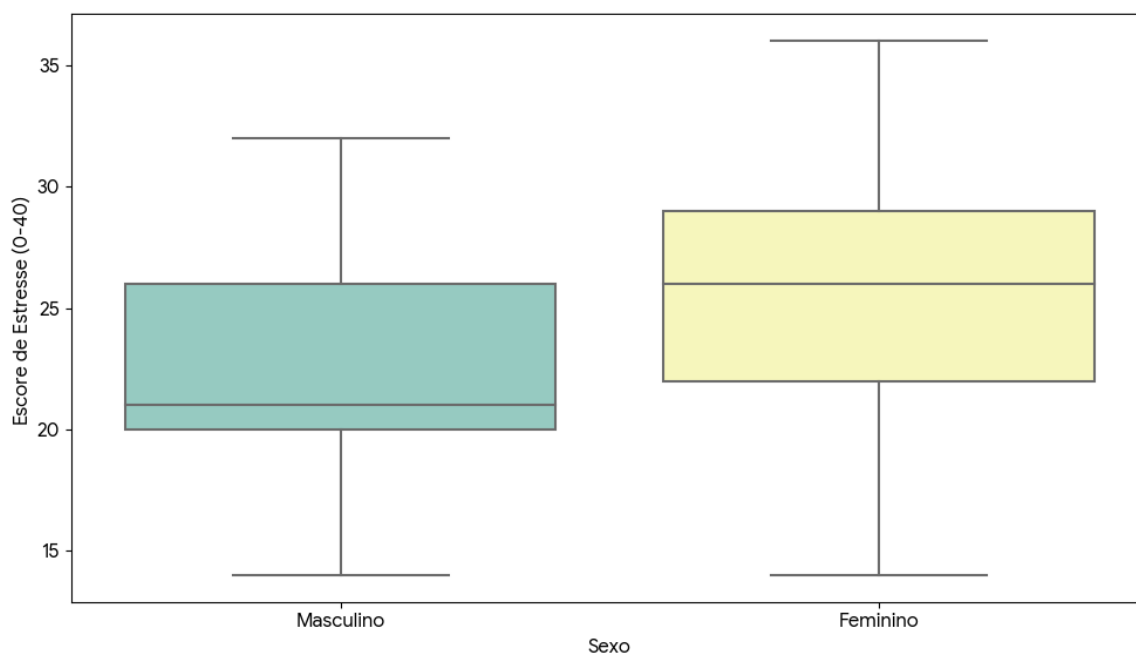
Gráfico 1- Prevalência de sintomas físicos e psicossomáticos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026

A avaliação do nível de estresse, obtida através do somatório da escala de estresse percebido (variando de 0 a 40 pontos), revelou uma pontuação média geral de 24,8 pontos. Ao estratificar por gênero, observou-se que as mulheres apresentaram níveis de estresse superiores ($M=25,4$) em comparação aos homens ($M=22,6$). Notavelmente, o subgrupo de mulheres que reportou a presença de candidíase apresentou um escore médio de estresse ainda mais elevado, atingindo 27,0 pontos.

Gráfico 2: Média aritmética da escala de estresse e sexo

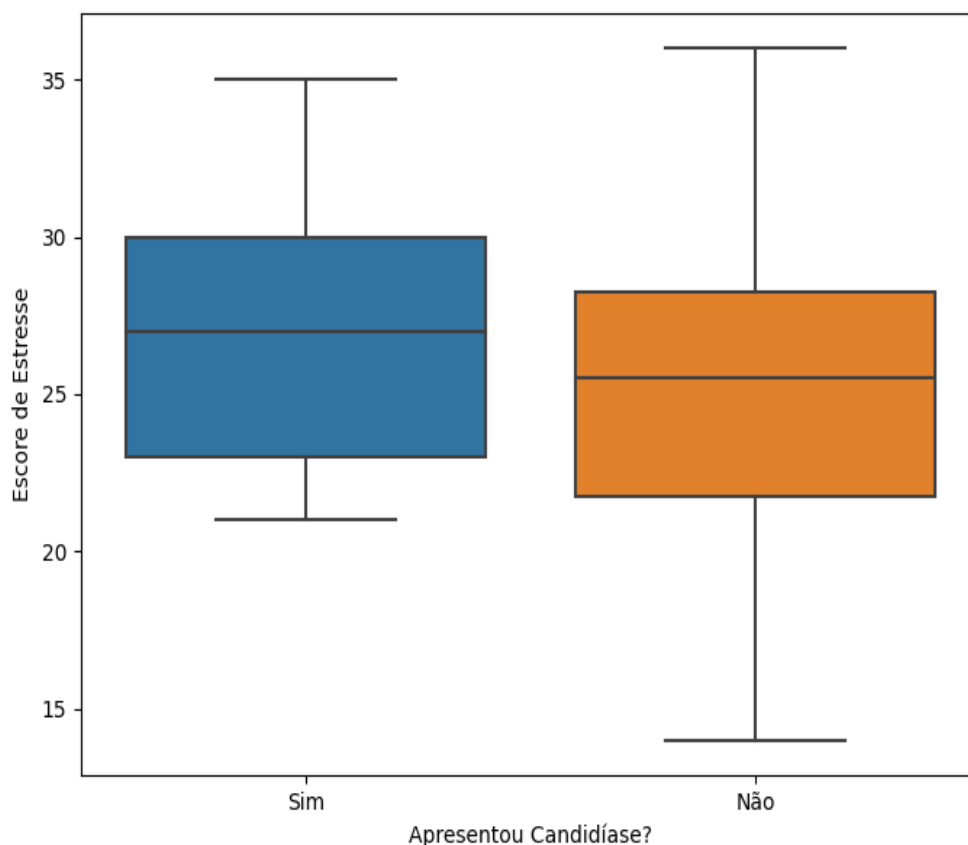


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026

A aplicação do teste de Qui-Quadrado permitiu identificar associações significativas entre as variáveis coletadas. Identificou-se uma dependência estatística entre o sexo e a presença de cefaleia ($p = 0,0120$), indicando maior suscetibilidade reportada pelo público feminino. De forma relevante, encontrou-se uma associação altamente significativa entre a presença de candidíase e o relato de episódios de diarreia ($p = 0,0051$). Outras variáveis, como a relação entre sexo e candidíase ($p = 0,0725$) e sexo e alterações do sono ($p = 0,0803$), embora não tenham atingido o índice de significância de 0,05, demonstraram uma tendência de associação que poderá ser confirmada com o aumento da amostra.

Outra correlação apresentada foi sobre as pacientes que apresentaram candidíase portavam de um índice de estresse maior (27 pontos) do que os pacientes que não apresentaram candidíase (24,8 pontos).

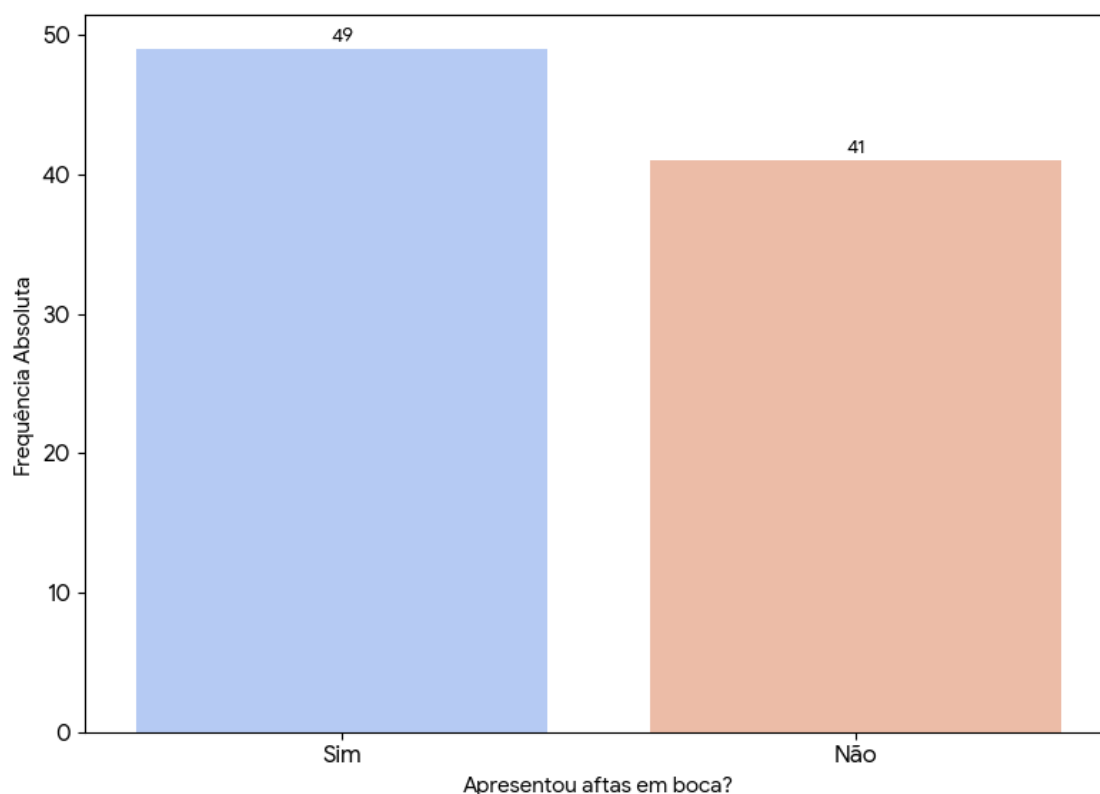
Gráfico 3 - Relação entre candidíase e escore de estresse



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026

Outra variável estudada é sobre a presença de aftas em boca, sendo que 54,4% dos participantes apresentaram aftas no período proposto e 45,6% dos estudados não apresentaram o sinal. Se tratando do teste Qui-Quadrado, com atuais dados a presença da lesão na boca não possui correlação com sexo e nem outras causas como a candidíase.

Gráfico 4- Prevalência de aftas em boca



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026

4. DISCUSSÃO

A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) categoriza os níveis de estresse em baixo (0-13), moderado (14-26) e alto (27-40) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Os resultados da pesquisa indicam que a média geral dos estudantes (24,8) está no limite superior do estresse moderado, enquanto o subgrupo de mulheres com candidíase atingiu a faixa de estresse alto (27,0). Esta métrica permite futuras análises para identificar se o escore elevado atua como preditor para a frequência de infecções e para a demora na recuperação clínica dos alunos.

A prevalência de candidíase vaginal de 18,84% observada no público feminino desta amostra corrobora os dados da literatura epidemiológica para mulheres em idade fértil e ambientes universitários, onde as taxas costumam oscilar entre 15% e 25%. O dado mais relevante, contudo, não é apenas a presença da patologia, mas a sua correlação com os níveis de estresse percebidos. O grupo que

reportou a infecção apresentou uma média de estresse de 27,0 pontos, valor superior à média geral. Este achado encontra respaldo na literatura que descreve como o estresse crônico eleva os níveis de cortisol, o que pode alterar o glicogênio vaginal e reduzir a eficácia da resposta imunitária local, favorecendo o crescimento oportunista de fungos do gênero *Candida* (NÚÑEZ et al., 2002).

No que tange à percepção da própria imunidade, os dados revelaram que 32,2% dos respondentes apresentam episódios de resfriados ou gripes com frequência semestral, e 14,4% relatam frequência mensal ou bimestral. Além disso, uma proporção relevante dos estudantes indicou que as infecções demoram mais para serem solucionadas do que o habitual, sugerindo uma resposta imunológica ineficiente. Esse quadro de recorrência infecciosa, quando cruzado com os altos índices de estresse, reforça a hipótese de que a carga estressante do ambiente universitário está comprometendo a barreira imunológica dos indivíduos (TESFAYE et al., 2025).

Um dos resultados parciais mais impactantes deste estudo foi a associação altamente significativa entre a candidíase e o relato de episódios de diarreia ($p = 0,0051$). Sob a ótica da psiconeuroimunologia, esta conexão sugere um quadro de disbiose sistêmica. O estresse elevado no ambiente acadêmico não afeta apenas o sistema reprodutor, mas também o trato gastrointestinal e a microbiota intestinal. A literatura sugere que o desequilíbrio da flora intestinal pode servir como um reservatório para a re infecção vaginal, e a coincidência de 100% de relatos de diarreia no grupo com candidíase reforça a hipótese de que o organismo desses estudantes está a sofrer um impacto multissistêmico devido à sobrecarga emocional (LABANSKI et al., 2020).

Adicionalmente, a elevada prevalência de cefaléia (88,9%) e alterações de sono (85,5%) aponta para um estado de hipervigilância e desgaste comum em estudantes de cursos de alta exigência, como Medicina. A associação significativa entre o sexo feminino e a cefaleia ($p = 0,0120$) pode ser discutida tanto por fatores hormonais quanto pela sobrecarga de tarefas e pressões sociais, frequentemente maiores sobre as mulheres no ambiente universitário (JIA; LOO, 2018). Em suma, os dados sugerem que os sintomas físicos apresentados pelos estudantes não são isolados, mas sim manifestações de um sistema imunológico e neuroendócrino sob

pressão constante, onde a candidíase e as alterações gastrointestinais surgem como marcadores físicos de um nível crítico de estresse percebido.

Ressalta-se que os dados aqui apresentados referem-se a uma análise preliminar, baseada em uma amostra parcial de 90 participantes. Embora os resultados já apontam tendências significativas, como a correlação entre estresse e sintomas psicossomáticos, a ampliação do número de respondentes é imprescindível para aumentar o poder estatístico das análises. Uma amostra mais robusta permitirá não apenas confirmar as associações que demonstraram tendência de significância (p próximo a 0,05), mas também possibilitará comparações mais equilibradas e fidedignas entre os diferentes cursos e períodos acadêmicos, garantindo maior generalização dos achados para a comunidade universitária como um todo.

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Os resultados preliminares indicam que o ambiente universitário está associado a níveis elevados de estresse, situando a amostra no limite do estresse moderado, de acordo com a escala PSS-10. A identificação de um grupo com estresse alto que manifesta simultaneamente candidíase e diarreia reforça a hipótese de que a sobrecarga emocional atua como um gatilho para desequilíbrios na imunidade e na microbiota sistêmica.

Considerando os dados preliminares, as evidências apontam para uma alta prevalência de cefaléia, alterações de sono e dificuldades de concentração na amostra avaliada. Estes indicadores, somados à média de estresse revelam que o corpo discente apresenta sinais físicos nítidos de desgaste neuropsicobiológico no limite superior do estresse moderado. Infere-se, nesta etapa, que a carga acadêmica já manifesta impactos multissistêmicos nos estudantes, sendo imperativo ampliar a amostra para consolidar as correlações entre esses sintomas e a queda da resposta imunológica.

A continuidade da coleta de dados visa consolidar o poder das análises de correlação entre os níveis de estresse e a prevalência de sinais e sintomas clínicos nos diversos cursos da instituição. Concluído o plano amostral, os resultados finais contribuirão para o fortalecimento da literatura científica sobre a

saúde do graduando, o que pode contribuir para fundamentar e fortalecer o planejamento de políticas institucionais em ambientes acadêmicos voltados à promoção da saúde do estudante de graduação.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. **Imunologia celular e molecular**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 576 p.

ALOTIBY, Amna. **Immunology of Stress: A Review Article**. Journal of Clinical Medicine, Basel, v. 13, n. 21, p. 6394, 25 out. 2024. DOI: 10.3390/jcm13216394. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39518533/>.

American Psychological Association. **Stress effects on the body**. Washington, DC: APA, 2024. Disponível em: <https://www.apa.org>.

BALAKIN, Evgenii et al. **Regulation of stress-induced immunosuppression in the context of neuroendocrine, cytokine, and cellular processes**. Biology (Basel), v. 14, n. 5, p. 1–22, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology14010076>.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. **A global measure of perceived stress**. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983.

CRUVINEL, Wilson de Melo et al. Sistema imunitário – **Parte I: fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória**. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 50, n. 5, p. 434–461, 2010.

JIA, Y. F.; LOO, Y. T. **Prevalence and determinants of perceived stress among undergraduate students in a Malaysian university**. Journal of Health and Translational Medicine, Kuala Lumpur, v. 21, n. 1, p. 1–9, 2018.

LABANSKI, A.; LANGHORST, J.; ENGLER, H.; ELSENBRUCH, S. **Stress and the brain-gut axis in functional and chronic-inflammatory gastrointestinal diseases: a transdisciplinary challenge**. Psychoneuroendocrinology, v. 111, Art. 104501, 2020. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.104501. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31715444/>.

LOUZADA, Juliana da Silva; PACHECO, Almir de Souza. **Ansiedade e universitários: estudo de caso com estudantes da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S.l.], v. 8, n. 6, p. 270–284, jun. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366298727_Ansiedade_e_universitarios_Estudo_de_caso_com_estudantes_da_Universidade_Federal_do_Amazonas_UFAM.

MCEWEN, B. S. **The neurobiology of stress: from adaptation to disease.** Nature Reviews Neuroscience, v. 3, n. 8, p. 530-538, 2002. DOI: 10.1038/nrn883.

MURPHY, Kenneth M.; MACHADO, Denise Cantarelli; MACHADO, Denise Cantarelli; RENARD, Gaby; GUALDI, Lucien Peroni. **Imunobiologia de Janeway.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 868 p.

MURPHY, Kenneth; WEAVER, Casey; BERG, Leslie J. **Janeway's Immunobiology.** 9. ed. New York: Garland Science; Taylor & Francis Group, 2017. ISBN 978-0815345053.

NÚÑEZ, M. J. et al. **Effects of psychological stress and alprazolam on development of oral candidiasis in rats.** Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, Washington, v. 9, n. 4, p. 852–857, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1128/CDLI.9.4.852-857.2002>.

RODRIGUES, T. C. et al. **Estresse ocupacional e a redução da IgA salivar: implicações na saúde bucal de profissionais de saúde.** Jornal de Epidemiologia Clínica, São Paulo, v. 12, e2025009, 2025.

SANTOS, P. L.; OLIVEIRA, R. M. **Manifestações orais decorrentes de transtornos psicossomáticos: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 45-58, 2024.

TESFAYE, Y. et al. **Burden of perceived stress among university students in Africa: a systematic review and meta-analysis.** BMC Public Health, London, v. 25, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23533-2>.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES UNIVERSITÁRIAS SOBRE O USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E SEUS EFEITOS ADVERSOS

Julia Ghedini Carvalho¹

Graduanda em Medicina

Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca

Lívia Maria Lopes-Gazaffi²

Doutora em Ciências da Saúde EERP/USP

Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a anticoncepção tem como definição os diferentes métodos e técnicas cujo objetivo final é o de impedir uma gravidez após um relacionamento sexual. Diante disso, a escolha entre os diferentes métodos contraceptivos é importante quando se pensa nos direitos sexuais e reprodutivos e no planejamento familiar que deve ser garantido às mulheres (Febrasgo, 2015). Nesse contexto, é crucial que seja explicado, de maneira eficaz, sobre os diversos métodos e seus possíveis efeitos adversos às mulheres que têm interesse em utilizá-los.

Desde os antigos tempos, diversos métodos rudimentares foram utilizados para evitar a gravidez, mas já no século XIX, surgiram métodos mecânicos como o preservativo e o diafragma de borracha. No entanto, foi somente no século XX que houve o desenvolvimento de métodos hormonais, com a criação da pílula anticoncepcional e, já na sequência, o desenvolvimento de dispositivos intrauterinos de cobre e os DIUs hormonais, além do implante subdérmico e dos métodos contraceptivos injetáveis (Santos, 2010). No Brasil, houve a introdução da pílula anticoncepcional em 1962, sendo importante por contribuir para a autonomia feminina e transformar o planejamento familiar, especialmente quando o acesso aos contraceptivos tornou-se universal através do SUS após o ano de 1984 (Pedro, 2003).

¹ Bolsista do Programa de Iniciação Científica PIBIC/IC Nr. 01/2024 - Período 2024/2025

² Professora Orientadora do Projeto IC, Docente do Uni-FACEF nos cursos de Medicina e Enfermagem

Na atualidade existem diversos meios pelo qual pode ser evitada uma gravidez, assim como vias diferentes que podem ser escolhidas, como medicamentos por via oral, como, por exemplo, os anticoncepcionais hormonais. Além disso, têm-se métodos que utilizam a via subdérmica, parenteral, intrauterina ou também pela própria via vaginal. Adicionalmente, existem diferentes classificações quando se fala de métodos anticoncepcionais. Uma dessas é a divisão em dois grandes grupos, os reversíveis e irreversíveis, como a laqueadura, por exemplo.

Ao se retratar sobre os métodos reversíveis, estes também se enquadram em categorias diversas. Exemplos dessas categorias consistem nas estratégias comportamentais como a tabelinha ou coito interrompido. Adicionalmente, outra categoria são os meios hormonais que se encontram em diferentes formas, como pela utilização de medicamentos orais, dispositivos intrauterinos ou mesmo o implante subdérmico. Somado a isso, existem também as alternativas de barreira, cujas opções são os preservativos, tanto masculino quanto feminino, os espermicidas ou o diafragma, um dispositivo que cobre o colo uterino (Passos, 2023).

Mesmo diante de todos os diferentes métodos, é importante o paciente passar por consultas com ginecologistas para avaliação de qual melhor método e quais são os seus diferentes efeitos no organismo humano e seus benefícios. Isso fica evidente quando Luz et al. (2021) descrevem os diferentes efeitos mais prevalentes de cada método, como é o caso das pílulas orais hormonais que podem causar sangramento irregular, náuseas, cefaleia, entre outros sintomas. Além disso, descrevem também como os implantes e injeções podem levar a cefaleias e irregularidades menstruais ou como os DIUs hormonais ou de cobre podem gerar cólicas e outros efeitos.

Considerando o exposto, fica evidente a importância de se entender como funciona e qual o benefício do método que será utilizado, além de ser explicado de maneira clara quais os possíveis efeitos desse método, no contexto de mulheres jovens. Sendo assim, com o intuito de complementar as pesquisas já existentes, fica possível estabelecer o problema de pesquisa: qual são os métodos contraceptivos mais usado pelas universitárias de uma faculdade em Franca-SP e quais seus efeitos adversos mais comuns?

2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

O objetivo geral do presente estudo é identificar o qual o método contraceptivo mais utilizado e que mais apresenta efeitos adversos nas mulheres de uma faculdade da cidade de Franca-SP. Com vista a atingir o objetivo geral, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Identificar quais métodos contraceptivos são mais utilizados por mulheres universitárias e qual o nível de segurança que a mulher tem ao usá-lo; Comparar a prevalência de uso de cada método entre diferentes cursos, faixas etárias e demais características descritivas; Identificar quais os efeitos adversos mais frequentemente relatados para cada tipo de método contraceptivo e qual método apresenta maior ocorrência de efeitos; Relacionar a satisfação com o método utilizado e a presença de efeitos adversos; e Identificar o conhecimento dessas mulheres sobre o método utilizado e se a sua escolha está relacionada ao acesso à informação e orientação em saúde

Diante disso, acredita-se que o presente trabalho de pesquisa é relevante pois tem a intenção de levantar dados acerca do uso dos diversos métodos contraceptivos oferecido as mulheres, bem como entender melhor quais os mais comuns e quais geram mais efeitos adversos. Além disso, sabe-se que o planejamento familiar é um direito da mulher, de acordo não só com a Constituição federal, mas também com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que garante a distribuição gratuita de métodos contraceptivos e acompanhamento médico. Diante disso, entender melhor sobre o assunto é essencial para auxiliar mulheres com possíveis desavenças.

A pesquisa se alinha aos conceitos do setor de saúde na área de Qualidade de vida, referente as áreas prioritárias pelo MCTIC (conforme Portaria MCTIC nº 1122/2020, com texto alterado pela Portaria MCTIC nº 1329/2020). Isso é comprovado pois, o resultado da pesquisa poderá contribuir para a melhora da saúde sexual e reprodutiva das mulheres além de poder auxiliar na oferta do bem-estar e acesso equitativo da saúde. Além disso, contribui também para a elaboração de novas estratégias educacionais e de possíveis políticas públicas que visam melhorar a qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2020), alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Será realizada uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com a metodologia baseada em abordagem quali-quantitativa, conforme descrito por Marconi (2017). Planeja-se realizar um estudo do tipo transversal, com coleta de dados realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2025, no Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), no estado de São Paulo.

A população-alvo da proposta de pesquisa será de mulheres que se encontram no período reprodutivo, de acordo com a faixa de 18 a 49 anos, que são estudantes dos diversos cursos do Centro Universitário. Diante disso, a coleta dos dados será feita a partir de um questionário formulado, após o estudo dos diversos métodos contraceptivos por meio dos materiais oferecidos pela Febrasgo e Sogesp, além de questionários já utilizados em outras pesquisas como Samaha et al. (2025) e Yoshioka (2024). Esse meio de coleta irá conter tanto perguntas sociodemográficas, quando perguntas sobre a percepção dessas mulheres quanto aos métodos contraceptivos que utilizam e quais os efeitos adversos mais comuns que são experienciados. O questionário foi baseado nas pesquisas já citadas e readaptado e reescrito para o melhor entendimento das estudantes. Ele irá conter 3 perguntas sociodemográficas, 5 sobre os métodos, 3 em relação a segurança e confiança nesses, 4 de possíveis efeitos colaterais e por último 3 relacionadas aos meios de informações. O questionário será auto preenchido, por meio da plataforma Google forms e poderá esclarecer qualquer dúvida durante a aplicação.

Os dados obtidos após a resposta dos formulários serão analisados de maneira qualitativa e quantitativa, por meio de análise de conteúdo para os dados qualitativos e análise estatística descritiva, para os dados quantitativos.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos o potencial desconforto dos participantes ao discutir estes temas, o que pode gerar sentimentos de ansiedade ou embaraço. Por outro lado, os benefícios incluem a possibilidade de validação de experiências das participantes, como desconfortos e dúvidas sobre o tema, um possível estímulo à busca por informação profissional mais segura após a pesquisa, além de poder

identificar lacunas no conhecimento, fornecendo dados que possam orientar campanhas de conscientização mais eficazes.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, com relação aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi submetido ao CEP, Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro Universitário Municipal de Franca, no decorrer do processo de investigação. Além disso, foi obtido a declaração de instituição da faculdade que será realizada a pesquisa e o consentimento informado dos participantes, por meio da formulação do TCLE, garantindo que os participantes do estudo estejam cientes dos riscos, benefícios e direitos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a coleta parcial dos dados, foram obtidos a resposta de 96 universitárias. A amostra foi composta predominantemente por estudantes do curso de Medicina, correspondendo a 66 participantes, o que representa 68,8% do total. Em seguida, apareceram estudantes de Psicologia, com 16 respostas, 16,7%, Enfermagem, com 11 respostas, 11,5%, Publicidade e Propaganda, com 2 respostas, 2,1%, e Administração, com 1 resposta, 1,0%. Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração entre 20 e 21 anos, com 29 participantes, 30,2%, seguida pelas faixas de 22 a 23 anos, 27,1%, e 18 a 19 anos, 26,0%.

De uma maneira geral, foi observado que a grande maioria das estudantes utiliza atualmente algum método contraceptivo, sendo a pílula anticoncepcional o mais citado, seguida pelo dispositivo intrauterino (DIU) hormonal. Além disso, percebe-se que houve uma variedade importante em relação ao tempo de uso desses métodos, sendo que 37,8% das mulheres relataram fazer o uso por mais de 3 anos e uma parcela relevante das participantes relatou já ter utilizado outros métodos anteriormente, sendo a principal motivação para troca a busca por maior praticidade e comodidade. Esse resultado sugere que uma parcela importante da amostra mantém o mesmo método contraceptivo por período prolongado, o que pode estar relacionado à adaptação, satisfação ou orientação profissional.

Quando questionadas sobre o uso prévio de outros métodos, 46 participantes, 47,9%, informaram já ter utilizado algum método anteriormente, enquanto 50, 52,1%, afirmaram não ter utilizado outro método. Entre aquelas que

relataram mudança, os principais motivos foram o desejo de maior praticidade ou comodidade, citado por 16 participantes, seguido por muitos efeitos colaterais, com 9 respostas, e questões de saúde ou contraindicação médica, com 7 respostas. Assim, nota-se que a troca do método contraceptivo esteve associada principalmente à busca por maior conforto no uso e à tentativa de reduzir efeitos indesejados.

No que diz respeito ao nível de satisfação com o método contraceptivo em uso, a maioria das mulheres relatou estar muito satisfeita e se sentir segura ou totalmente segura quanto à sua eficácia. Diante disso, a maior parte das participantes declarou sentir-se “muito segura”, 44,8%, ou “totalmente segura”, 17,7%, com o método utilizado. Entretanto, 28,1% relataram sentir-se apenas “moderadamente seguras”, e uma parcela menor declarou baixa segurança. Ao comparar os métodos, o DIU hormonal e o implante subdérmico apresentaram maiores proporções de respostas indicando alta segurança. Entre usuárias de DIU hormonal, 94,4% relataram sentir-se muito ou totalmente seguras, enquanto entre usuárias de implante subdérmico esse percentual foi de 100%. Entre usuárias de pílula anticoncepcional, a proporção de alta segurança foi menor, 58,5%, embora ainda predominante.

A satisfação geral com o método contraceptivo atual também apresentou resultados favoráveis. Em uma escala de 1 a 5, as notas mais frequentes foram 4, atribuída por 35 participantes, 36,5%, e 5, atribuída por 34 participantes, 35,4%. A média de satisfação entre usuárias de pílula anticoncepcional foi de aproximadamente 4,0, enquanto entre usuárias de DIU hormonal foi de 4,2. Participantes que já haviam trocado de método apresentaram média de satisfação ligeiramente maior, 4,28, quando comparadas àquelas que nunca haviam utilizado outro método, cuja média foi de 3,92. Esse achado sugere que a mudança de método pode ter contribuído para maior adequação às necessidades individuais.

Apesar disso, muitos relatos incluíram a ocorrência de efeitos colaterais, como alterações de humor, cefaleia e sangramentos irregulares, que embora em geral considerados toleráveis, impactam de forma significativa a experiência de uso e a continuidade do método escolhido. No total, 74 participantes, 77,1%, afirmaram já ter apresentado algum efeito colateral relacionado ao método contraceptivo. Os efeitos mais relatados foram sangramentos irregulares,

mencionados por 43 respondentes, diminuição da libido, 31 respostas, dor de cabeça, 30 respostas, alteração de humor, 28 respostas, acne, 22 respostas, ganho de peso, 16 respostas, e cólicas intensas, 15 respostas. A gravidade desses efeitos foi classificada majoritariamente como moderada, causando algum incômodo, por 51 participantes, 53,1%. Apenas 8,3% classificaram os efeitos como graves e 2,1% como muito graves, a ponto de motivarem troca ou abandono do método.

Ao comparar a ocorrência de efeitos colaterais entre os métodos, observou-se que eles foram relatados por 79,2% das usuárias de pílula anticoncepcional, por 94,4% das usuárias de DIU hormonal e por 100% das usuárias de implante subdérmico. No entanto, é importante considerar que os grupos de DIU e implante apresentaram menor número absoluto de respondentes, o que limita comparações diretas. Mesmo assim, os dados indicam que a presença de efeitos adversos é uma experiência comum entre usuárias de diferentes métodos contraceptivos.

Em relação às fontes de informação utilizadas para escolher o método, destacam-se os profissionais de saúde e as redes sociais. Esse dado demonstra a relevância do aconselhamento médico na decisão sobre contracepção, mas também evidencia o peso crescente que o conteúdo digital exerce sobre o comportamento reprodutivo de mulheres jovens. De forma geral, as participantes afirmaram ter recebido informações suficientes sobre os riscos e benefícios dos métodos contraceptivos utilizados, o que reforça a importância de políticas públicas e estratégias educativas voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre universitárias.

Por fim, quanto ao principal fator que influencia a escolha do método contraceptivo, a eficácia foi o critério mais citado, com 30 respostas, 31,2%. Em seguida apareceram facilidade de uso, 22,9%, orientação médica, 20,8%, ausência de efeitos adversos, 11,5%, e preço ou acessibilidade, 8,3%. Esses resultados indicam que a escolha contraceptiva é multifatorial, envolvendo tanto a confiança na capacidade de evitar gravidez quanto aspectos práticos, clínicos e subjetivos relacionados ao conforto e à adaptação individual.

De forma geral, os resultados demonstram que a maioria das participantes utiliza algum método contraceptivo, com predomínio da pílula anticoncepcional e do DIU hormonal. Embora os níveis de segurança e satisfação

sejam elevados, os efeitos colaterais são frequentes e influenciam a troca de método. Além disso, observa-se que a orientação profissional tem papel central na escolha contraceptiva, mas ainda há espaço para melhora na qualidade e completude das informações oferecidas às usuárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos, conclui-se que o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres universitárias avaliadas foi a pílula anticoncepcional, seguida pelo DIU hormonal. Esse achado indica que, mesmo diante da disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração, os métodos hormonais orais ainda permanecem como a principal escolha entre as participantes da faculdade estudada na cidade de Franca-SP. Em relação ao nível de segurança percebido, observou-se que a maioria das participantes relatou sentir-se muito segura ou totalmente segura com o método utilizado. No entanto, essa percepção variou conforme o tipo de método, sendo métodos como o DIU hormonal e o implante subdérmico apresentaram maior proporção de respostas associadas à elevada segurança, enquanto a pílula anticoncepcional, embora amplamente utilizada, apresentou maior distribuição entre níveis moderados e altos de segurança.

Ao comparar o uso dos métodos contraceptivos entre os cursos, verificou-se predomínio da pílula anticoncepcional principalmente entre estudantes de Medicina, Psicologia e Enfermagem. O DIU hormonal também apareceu com frequência relevante, especialmente entre estudantes de Medicina e Psicologia. Quanto à faixa etária, a amostra foi composta predominantemente por mulheres jovens, concentradas entre 18 e 23 anos, o que pode refletir o perfil etário típico da população universitária avaliada.

No que se refere aos efeitos adversos, constatou-se que a maioria das participantes relatou algum efeito relacionado ao método contraceptivo. Diante disso, os efeitos mais frequentes foram sangramentos irregulares, diminuição da libido, dor de cabeça, alterações de humor, acne, ganho de peso e cólicas intensas. Embora o DIU hormonal e o implante subdérmico tenham apresentado alta proporção de relatos de efeitos adversos, é importante considerar que esses grupos tiveram

menor número absoluto de usuárias. Em números absolutos, a pílula anticoncepcional concentrou a maior quantidade de relatos, por ser também o método mais utilizado.

A relação entre satisfação e efeitos adversos mostrou que, apesar da elevada frequência de sintomas indesejados, a maioria das participantes manteve bons níveis de satisfação com o método atual. Isso sugere que a presença de efeitos adversos nem sempre leva à insatisfação ou abandono imediato do método, especialmente quando os sintomas são considerados leves ou moderados. Entretanto, os efeitos colaterais apareceram como um dos principais motivos para troca de método, indicando que sua intensidade e impacto na rotina da mulher devem ser considerados no acompanhamento contraceptivo.

Quanto ao conhecimento das participantes sobre o método utilizado, observou-se que os profissionais da saúde foram a principal fonte de informação, seguidos pela internet, redes sociais, amigos e familiares. Apesar disso, uma parcela relevante das mulheres afirmou ter recebido informações apenas parcialmente suficientes ou insuficientes sobre riscos, benefícios e efeitos colaterais. Esse dado demonstra que o acesso à orientação em saúde influencia diretamente a escolha contraceptiva, mas ainda há necessidade de melhorar a qualidade, a clareza e a completude das informações fornecidas.

Assim, conclui-se que a escolha do método contraceptivo entre as universitárias avaliadas é influenciada por múltiplos fatores, como eficácia, facilidade de uso, segurança percebida, orientação médica, experiências prévias e ocorrência de efeitos adversos. Os resultados reforçam a importância de uma orientação contraceptiva individualizada, baseada em evidências e centrada na mulher, permitindo que a escolha do método seja feita de forma consciente, segura e compatível com suas necessidades clínicas, emocionais e sociais.

REFERÊNCIAS

BAKONYI, Catherine Dias; HARA, Joana Tamy. Dispositivos intrauterinos hormonais (DIU) presentes no Brasil: revisão sistemática. Maringá – PR: Universidade Cesumar – UniCesumar, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UniCesumar, 2022.

BEREK, J. S. (Org.). *Berek & Novak: tratado de ginecologia*. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

BICKERSTAFF, Helen; KENNY, Louise C. *Ginecologia: by TenTeachers*. 20. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2019. E-book. p.78. ISBN 9788554651527. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554651527/>. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRANDT, Gabriela Pinheiro et al. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. *Revista Gestão & Saúde*, 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf>

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Portaria Nº 1.122, de 19 de março de 2020. Define as prioridades do MCTIC para projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação para o período 2020-2023.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Portaria Nº 1.329, de 27 de março de 2020. Altera a portaria anterior para inclusão de pesquisa básica e das ciências humanas e sociais como áreas prioritárias.

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

DELATORRE, Marina Zanella Dias, Ana Cristina Garcia. *Conhecimentos e Práticas Sobre Métodos Contraceptivo em Estudantes Universitários*, 2015.

FEBRASGO. Manual de anticoncepção. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Manual_de_Anticoncepcao_Febrasgo.pdf.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FRITZ, Marc A.; Speroff, Leon. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade*. 8 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2015.

GROENE, Nicole et al. Insights on the Side Effects of Female Contraceptive Products From Online Drug Reviews: Natural Language Processing–Based Content Analysis, 2024.

HALL, John E.; HALL, Michael E. *Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia*. 14. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2023. E-book. p.Capa. ISBN 9788595159518. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159518/>. Acesso em: 13 jan. 2026.

HOFFMAN, Barbara L.; SCHORGE, John O.; HALVORSON, Lisa M.; et al. Ginecologia de Williams. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2014. E-book. p.162. ISBN 9788580553116. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553116/>. Acesso em: 14 jan. 2026.

JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Protocolo de acesso à esterilização cirúrgica voluntária e eletiva. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville, 2024. Disponível em: <https://wwwold.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/37a2e80cc07b9cf0c92f22eee707258c.pdf>

LASMAR, Ricardo B. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.414. ISBN 9788527732406. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527732406/>. Acesso em: 14 jan. 2026.

LUZ, Amanda Letícia Rodrigues et al. Métodos contraceptivos: principais riscos e efeitos adversos. Revista de Casos e Consultoria, v. 12, n. 1, e24112, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/24112>. MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

OLIVEIRA, Milena et al. Reações Adversas e Interações Medicamentosas dos Anticoncepcionais Hormonais: Percepção de Mulheres. Revista Enfermagem Atual In Derme, v.99(n3), 2025. DOI: 10.31011/reaid-2025-v.99-n.3-art.2550.

OLIVEIRA, Ranna Priscylla Campos et al. O anticoncepcional hormonal via oral e seus efeitos colaterais para as mulheres. Revista Artigos.Com, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7507>.

PANNAIN, Gabriel Duque. Epidemiological Survey on the Perception of Adverse Effects in Women Using Contraceptive Methods in Brazil. ver Bras Ginecol Obstet. 2022 Jan; 44(1). Disp.: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741410>

PASSOS, Eduardo P. et al. (org.). Rotinas em Ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. RevBrasHist [Internet]. 2003. Jul;23(45):239–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-01882003000100010>

SAMAHA, Hajar et al. Knowledge, attitudes, and practices of Lebanese women toward the use of oral contraceptive pills. BMC Women's Health 25, 96 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03618-1>

SANTOS, Joana Inês França dos. Contracepção hormonal: evolução ao longo dos tempos. Estudo Geral – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2023. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18588>

VIANA, Luiz C.; GEBER, Selmo. Ginecologia. 3. ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2012. E-book. p.234. ISBN 9786557830604. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830604/>. Acesso em: 14 jan. 2026.

YOSHIOKA, Beatriz Akemiet al. Percepção das mulheres brasileiras sobre os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs), 2024. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S. l.], 2023. ISSN 2178-2091

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE O FLUXO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Marina Silva Souza
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
marinassouza05@gmail.com

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

1. INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, teve como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira. Para garantir o funcionamento adequado do sistema, foram estabelecidos princípios norteadores: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade assegura o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros. A equidade, por sua vez, implica que os trabalhos devem ser ofertados conforme as necessidades específicas de cada indivíduo, promovendo justiça social e reduzindo desigualdades. Já a integralidade refere-se à abordagem completa da saúde, com ações voltadas à prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, a fim de garantir uma resposta efetiva e abrangente às complexidades que envolvem o cuidado em saúde (Paiva; Teixeira, 2014).

Trata-se de uma conquista histórica que representa um marco político e social, viabilizado pelas intensas lutas e pelos esforços empreendidos ao longo do Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido entre os anos de 1976 e 1988. Esse processo culminou na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que declarou que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196) (Paiva; Teixeira, 2014).

Sob essa perspectiva, os autores apontam que os serviços que integram o SUS para garantir seus princípios abrangem não apenas os serviços de assistência direta à saúde, mas também instituições estratégicas que sustentam o desenvolvimento do sistema. Entre elas, destacam-se instituições de pesquisa,

institutos de controle de qualidade, laboratórios farmacêuticos oficiais, agências reguladoras, laboratórios de análises clínicas e escolas técnicas vinculadas ao SUS (Paiva; Teixeira, 2014).

Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta três diferentes níveis de atenção à saúde: a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária. Esses níveis são organizados de acordo com a complexidade crescente dos serviços ofertados, estabelecendo uma hierarquia que orienta o fluxo de atendimento conforme as necessidades dos usuários (Cardoso et al., 2023).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), instituída no Brasil a partir de 2010, consiste na integração dos diferentes serviços de saúde, com o objetivo de garantir à população um cuidado contínuo, resolutivo e integral. Nesse modelo político público, espera-se que o primeiro nível de atenção em saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), funcione como porta de entrada preferencial, responsável por prover a maior parte dos cuidados e coordenar as ações das redes assistenciais. Dessa forma, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as Equipes de Saúde da Família (ESFs) e as unidades fluviais como instrumentos essenciais para a efetivação da APS (Almeida et al., 2017).

O fortalecimento e a expansão da APS constituem um dos avanços mais relevantes alcançados pelo sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas. A ampliação da ESF, considerada um modelo assistencial revolucionário no campo da saúde pública, contribui diretamente para esse progresso. Entre os principais impactos dessa expansão, destacam-se a redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos, além da diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (Dilégio; Facchini; Tomasi, 2018).

Ainda no contexto dos níveis de atenção à saúde, é imprescindível destacar o papel da atenção secundária e terciária para a organização e o controle das condições de saúde da população brasileira. Portanto, a atenção secundária corresponde à prestação de serviços especializados, como os ofertados pelas policlínicas, pelos ambulatórios especializados e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Por sua vez, a atenção terciária é voltada para o atendimento de alta densidade tecnológica e complexidade, envolvendo hospitais gerais, hospitais universitários e hemocentros (Cardoso et al., 2023).

Neste sentido Almeida et al. (2021) ressaltam a importância do uso correto dos serviços de saúde para a efetividade da assistência a saúde no SUS. Os autores destacam que o uso adequado dos serviços de saúde está condicionado a diversos fatores, como a percepção da necessidade de cuidados, as práticas do autocuidado, a presença de enfermidades e a intensidade ou urgência do agravo apresentado.

Outrossim, a limitação no acesso à informação sobre o funcionamento do SUS compromete a organização dos serviços e contribui para atrasos e superlotação nas unidades públicas. A insuficiente divulgação de orientações claras sobre o fluxo de atendimento, especialmente entre as populações de menor renda, principais usuárias do SUS, evidencia o distanciamento entre os mecanismos institucionais e o conhecimento popular. Como consequência, observa-se que os usuários mais dependentes do SUS são justamente os menos informados acerca de sua estrutura e princípios. A escolha dos locais de atendimento pela população, é frequentemente guiada pela proximidade geográfica e não pela adequação à complexidade do cuidado, resultando em procura dos serviços de saúde de maneira inadequada, comprometendo a eficiência do sistema (Almeida et al., 2021).

Destarte, conhecer o grau de entendimento da população sobre o fluxo de acesso aos serviços de saúde é uma etapa essencial para compreender os fatores que influenciam a procura por atendimento na APS. Tal investigação permite estabelecer finalidades que justifiquem a relevância da pesquisa, como a identificação de desafios enfrentados pelo SUS, a oferta de subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes, a detecção de falhas informacionais quanto ao acesso aos serviços e a produção de dados locais com potencial de impacto em nível nacional.

Portanto este estudo tem por objetivo compreender como conhecimento da população sobre o fluxo de acesso ao SUS, interfere na efetividade dos serviços da Atenção Primária. Além de compreender o fluxo de atendimento no SUS e seus contextos; identificar barreiras, na percepção da população, que dificultam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde; analisar os motivos de procura, da população, por outros níveis de atenção em relação a causas sensíveis a atenção primária e compreender a percepção dos

usuários sobre a resolutividade dos serviços de Atenção Primária frente às suas demandas de saúde.

O estudo tem uma abordagem qualitativa, exploratória e será realizada com usuários dos serviços de saúde da Atenção primária, dos municípios de Alpinópolis – MG e Franca – SP. Estas cidades foram escolhidas pela proximidade com a pesquisadora. As entrevistas seguirão um roteiro pré-definido, contendo perguntas abertas e fechadas. Em relação aos resultados, será realizada a Análise de Conteúdo em que há uma leitura prévia e organização do material obtido e análise qualitativa do conteúdo presente nas respostas dos participantes. Em relação às questões éticas, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (UNI-FACEF).

O estudo tem como Área Prioritária estabelecida pelo MCTIC, conforme a Portaria MCTIC nº 1329/2020, que contempla o desenvolvimento e inovações voltados para as áreas de Qualidade de Vida e que inclui o setor Saúde, cujo objetivo é a identificação de desafios enfrentados pelo SUS, principalmente em relação à compreensão, conhecimento e presença de falhas informacionais e/ou educativas, por parte da população, quanto ao acesso e o uso correto dos serviços de saúde a fim de contribuir para maior efetividade das políticas públicas e da condição de saúde da população.

2. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Políticas Públicas de Saúde referem-se ao conjunto de diretrizes que refletem a orientação política do governo e que buscam responder às demandas de saúde da população. Nesse sentido, consistem na organização de ações e responsabilidades do poder público voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo (Lucchese, 2004).

O marco jurídico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil consolida-se com a instituição da Carta Magna de 1988. Ao instituir o sistema de seguridade social, em seu artigo 194, determina:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

No mesmo sentido, o direito à saúde é expressamente assegurado no texto constitucional, conforme dispõe o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Esse avanço se concretiza em 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por organizar e orientar a oferta dos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, destaca-se a Lei nº 8.080/1990, que organiza o SUS ao definir seus princípios, objetivos, estrutura, competências dos entes federativos e serviços de saúde. De forma complementar, a Lei nº 8.142/1990 assegura a participação da comunidade na gestão do SUS e define as regras para a transferência de recursos financeiros destinados à saúde entre a União, os Estados e os Municípios (Lucchese, 2004).

Apesar dos avanços decorrentes de intensas mobilizações políticas e da consolidação de importantes marcos legais, a existência de normas não é suficiente para garantir, por si só, a efetiva implementação das políticas públicas de saúde no Brasil (Assis; Jesus, 2012).

Na prática, ainda, segundo os autores, persistem fragilidades que limitam o acesso da população aos serviços, relacionadas a fatores socioeconômicos, uma vez que condições como baixa renda, jornadas de trabalho extensas e dificuldades de compreensão acerca do funcionamento do sistema podem restringir a busca por atendimento.

Somam-se a esses aspectos os fatores geográficos, expressos na distribuição desigual dos serviços no território e nas dificuldades de deslocamento, especialmente em áreas periféricas e rurais. Ademais, fatores organizacionais, como horários restritos de funcionamento, filas longas e falhas na orientação sobre o fluxo assistencial, comprometem a utilização adequada dos serviços de saúde (Assis; Jesus, 2012).

Para Fausto et al (2023), evidências científicas recentes corroboram esta realidade, principalmente o que se observa em municípios rurais remotos

brasileiros, em que há fatores como a dispersão territorial da população, as extensas distâncias até as unidades de saúde, as limitações estruturais dos serviços, entre outros aspectos, que interferem diretamente no acesso e na continuidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Sendo assim, é importante salientar que a percepção da sociedade sobre a oferta dos serviços de saúde influencia diretamente a decisão de procura pelo atendimento, sendo essa compreensão moldada pelas experiências prévias e pelas informações disponíveis (Travassos; Martins, 2004).

Para os autores, considerando que o acesso aos serviços de saúde depende do conhecimento, por parte da comunidade, acerca das políticas públicas e do funcionamento da rede, quando esse entendimento não ocorre, amplia-se o distanciamento entre o direito à saúde previsto no plano normativo e sua efetivação no cotidiano, comprometendo a utilização adequada dos serviços e a própria eficiência do sistema público de saúde.

Assim, a integração entre políticas públicas bem estruturadas e uma comunidade informada e participativa é essencial para garantir a efetividade das ações de saúde e a consolidação do direito à saúde.

2.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos mais eficientes e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, resultado da política governamental de saúde no Brasil. Trata-se de uma rede pública responsável por assegurar a todos os cidadãos o acesso universal, integral e gratuito às ações e aos serviços de saúde. O SUS contempla atividades básicas de cuidado desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), como a vacinação, assim como intervenções especializadas que demandam complexidade e densidade tecnológica elevada, por exemplo os transplantes de órgãos. Sua estrutura e dinâmica orientam-se por princípios e diretrizes que buscam garantir a efetivação do direito à saúde no território nacional (Da Cunha; Lyra, 2025).

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – Equidade orienta a oferta de ações e

serviços de saúde de acordo com as diferentes necessidades da população, reconhecendo que as pessoas não são iguais, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas necessidades, para reduzir desigualdades sociais, econômicas e regionais (BRASIL, 1988).

As diretrizes, também denominadas princípios organizacionais do SUS, atuam como elementos articuladores dos princípios doutrinários, já que orientam a forma de organização e funcionamento do sistema. Entre essas diretrizes destacam-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, bem como a participação da comunidade. Tais diretrizes encontram fundamento na Constituição vigente, especificamente no artigo 198, que determina:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade – garante que a população participe da formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1988).

Para Da Cunha e Lyra (2025), o SUS fundamenta-se em uma concepção ampliada da saúde, que ultrapassa a previsão normativa de princípios e diretrizes e não se limita à ausência de doença ou à oferta de assistência médica. Isso porque a saúde é resultado de um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que impactam diretamente o modo de vida do povo brasileiro.

Ainda segundo os autores, aspectos como renda, moradia, alimentação, acesso à educação, saneamento básico, trabalho e condições ambientais são determinantes para o bem-estar coletivo.

A atuação do SUS não se restringe ao tratamento de enfermidades, mas envolve ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e articulação com outras políticas públicas, buscando enfrentar as desigualdades que impactam o processo saúde-doença

Portanto, o SUS é essencial para a promoção da justiça social no Brasil, pois garante acesso à saúde como direito fundamental, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a redução das desigualdades.

2.2 Rede de Atenção à Saúde

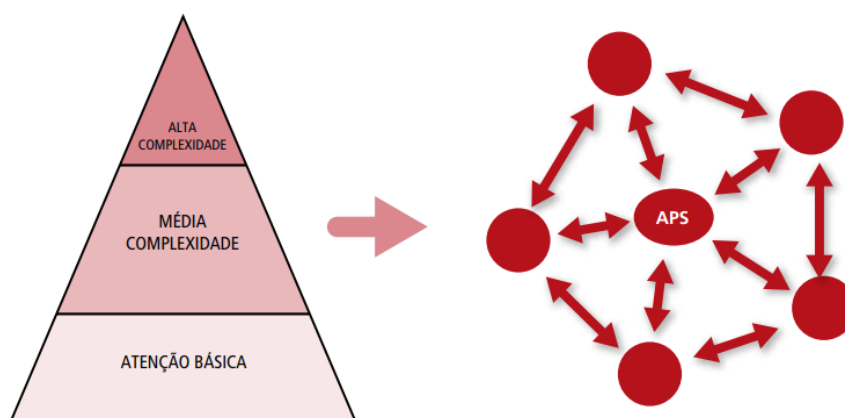
A organização dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estruturadas como arranjos organizativos de caráter poliárquico, isto é, com

distribuição descentralizada de poder, responsáveis por articular os diferentes pontos de atenção no território (Nakata et al., 2020).

Para os autores, a importância das Redes de Saúde (RAS) está em garantir que o cuidado à população aconteça de forma integrada, contínua e eficiente, evitando que o atendimento seja fragmentado ou desorganizado. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as redes são fundamentais para assegurar o princípio da integralidade do cuidado.

Conforme ilustrado na Figura 1, a transição do modelo piramidal tradicional para o modelo poliárquico evidencia a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo organizador da rede. No modelo clássico, a organização ocorre de forma verticalizada e escalonada, enquanto no padrão poliárquico há múltiplas conexões entre os pontos de atenção, reforçando a lógica de integração e corresponsabilidade entre os serviços.

Figura 1 - Modelo poliárquico do cuidado em saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

No que se refere aos seus objetivos, as RAS configuram-se como estratégia estruturante voltada à garantia do direito à saúde, ao assegurar que a atenção seja ofertada no tempo oportuno, no local adequado, com qualidade técnica e racionalidade de custos. Buscam ampliar o acesso, reduzir desigualdades assistenciais, fortalecer a continuidade do cuidado e elevar a capacidade de resposta do sistema às necessidades da população. Dessa forma, não se limitam a reorganização administrativa, assumem papel estratégico na integração e

organização dos serviços, orientada à efetivação da integralidade do cuidado (Nakata et al., 2020).

As Redes de Atenção à Saúde se organizam em níveis hierarquizados de atenção em saúde, conforme a complexidade do cuidado e a densidade tecnológica exigida para cada caso.

Os níveis de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturam-se segundo diferentes densidades assistenciais e graus de complexidade. Tradicionalmente, organizam-se em Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária, correspondendo, respectivamente, a menor, a média e a maior exigência técnico-assistencial. Essa estruturação permite a racionalização dos recursos, a definição de fluxos assistenciais e a adequada distribuição de responsabilidades entre os diversos pontos da rede (Mendes, 2011).

Para Mendes (2011), ao delimitar atribuições específicas para cada esfera assistencial, busca-se evitar sobreposição de funções, reduzir encaminhamentos desnecessários e ampliar a resolutividade do sistema, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa maneira, a hierarquização favorece a integralidade do cuidado, permitindo que o usuário percorra a rede conforme a complexidade de sua necessidade, com garantia de acompanhamento contínuo

No primeiro nível, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do sistema, atuando em território definido e assumindo responsabilidades pela população vinculada à sua área de abrangência. Assume a função de coordenar o cuidado e regular o acesso aos demais serviços da rede. No nível intermediário, a Atenção Secundária abrange serviços ambulatoriais e cuidados que exigem maior qualificação profissional e infraestrutura diferenciada. Atua de maneira complementar à APS, recebendo usuários encaminhados pelas unidades básicas quando a demanda ultrapassa sua capacidade de resolução (Mendes, 2011). Já no nível de maior complexidade, a Atenção Terciária compreende serviços destinados ao manejo de condições graves ou que demandam suporte assistencial intensivo e estrutura hospitalar de alta capacidade.

Para Carret; Fassa e Domingues (2009), o uso inadequado dos serviços de saúde mostra-se um desafio recorrente em diferentes regiões do país e revela fragilidades na coordenação do sistema. A procura direta por unidades

hospitalares e serviços de urgência para situações que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde colabora para o rompimento do seguimento assistencial no SUS. Quando demandas de menor necessidade de densidade tecnológica de cuidado são direcionadas aos níveis secundário ou terciário, observa-se sobrecarga desses pontos de atenção, ampliação do tempo de espera e prejuízo à qualidade do cuidado ofertado.

Além disso, os autores ressaltam que evidências indicam que parcela expressiva dos atendimentos realizados em serviços de urgência são condições classificadas como não urgentes, o que sugere dificuldades na organização do cuidado e na compreensão, por parte da população, acerca do papel de cada nível assistencial (Carret; Fassa; Domingues, 2009).

Portanto, para maior resolutividade e uso adequado dos serviços de saúde, o conhecimento da população sobre a Atenção Básica é essencial, uma vez que, quando a população compreende seu papel como porta preferencial de entrada do sistema de saúde, o cuidado torna-se mais organizado, eficiente e resolutivo.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a porta de entrada do sistema de saúde, isto é, o primeiro nível de contato do usuário com a rede e o ponto inicial de um percurso assistencial contínuo. Nesse nível, busca-se acolher as demandas da população, identificar suas necessidades e organizar os encaminhamentos sempre que houver indicação de admissão em outros serviços. Além de facilitar o acesso, a APS desempenha papel essencial na coordenação do cuidado, acompanhando o usuário ao longo do tempo e promovendo a integração entre os diferentes pontos da rede para evitar a fragmentação da assistência. Essa coordenação ocorre tanto na relação com os níveis de maior complexidade, quanto na conexão com outros serviços do território e equipamentos sociais (Rodrigues et al., 2014).

A definição normativa da APS é reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a equivalência entre Atenção Básica (AB) e APS. Nos termos do artigo 2º, §1º, da Portaria nº 2.436/2017, a AB constitui-se como “a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde

(RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece os princípios, diretrizes e obrigações que orientam a sistematização da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, trata-se de um instrumento normativo que organiza a forma de funcionamento desse nível assistencial, definindo parâmetros para sua estruturação, financiamento, gestão e operacionalização em território nacional. Enquanto política pública setorial, a PNAB busca uniformizar orientações técnicas e administrativas, garantindo maior coesão na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) entre os entes federativos (Brasil, 2017).

A função ordenadora da APS não se limita à definição conceitual de coordenação do cuidado, porém se concretiza na gestão prática do percurso assistencial do usuário. Cabe à AB regular os encaminhamentos para atendimentos especializados, acompanhar o retorno das consultas e exames realizados em outros níveis de atenção e manter a responsabilidade pelo seguimento do cuidado no território. Ao estruturar fluxos de referência e contrarreferência, a APS evita acessos diretos e desnecessários aos serviços de alta densidade assistencial, contribuindo para a racionalização do sistema. Na ausência dessa atuação organizadora, tendem a surgir discontinuidades no acompanhamento e concentração excessiva da demanda em unidades hospitalares, o que fragiliza a hierarquização do sistema e compromete a integralidade da assistência (Bousquat et al., 2017).

Apesar de a AB ocupar posição estratégica no modelo assistencial do SUS, sua consolidação como coordenadora efetiva do cuidado ainda enfrenta desafios.

Entre os principais entraves identificados estão as dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, expressas na ausência de sistemas informacionais integrados, na limitação no compartilhamento de prontuários e na fragilidade dos mecanismos de contrarreferência. Em decorrência dessas lacunas, o retorno das informações à unidade de origem nem sempre ocorre de maneira sistematizada, o que impede a APS de reassumir a condução do cuidado de maneira ideal (Bousquat et al., 2017).

Para os autores, outro aspecto relevante refere-se ao próprio comportamento dos usuários diante da rede. Diante de barreiras de acesso ou da percepção de maior resolutividade nos níveis especializados, parte da população busca diretamente serviços hospitalares ou de urgência, contornando a porta de entrada preferencial do sistema. Essa procura direta, muitas vezes motivada por experiências anteriores ou pela falta de compreensão acerca do papel da APS, contribui para a sobrecarga dos níveis secundário e terciário e compromete a organização do fluxo assistencial (Bousquat et al., 2017).

Portanto, nesse contexto, a função ordenadora da APS passa a depender não apenas de dispositivos normativos, mas também da capacidade da comunidade de reconhecer a AB como referência inicial e coordenadora do bem-estar.

4. FLUXO DE ATENDIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como abordado anteriormente, o fluxo de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é compreendido como o trajeto organizado do usuário pelos variados pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), vinculados entre si por mecanismos de coordenação, referência e contrarreferência, garantindo continuidade, integralidade e resolutividade do cuidado (Mendes, 2011).

É válido destacar que o conceito de acesso ultrapassa a entrada em um serviço de saúde. Trata-se, na realidade, do grau de correspondência entre as necessidades da população e a capacidade do sistema em ofertar respostas oportunas, adequadas e resolutivas. Então, quando há descompasso entre essas dimensões, o fluxo assistencial tende a se fragmentar, comprometendo o seguimento do cuidado (Assis; Jesus, 2012).

O funcionamento adequado da rede depende da interdependência entre Política Pública de Saúde, organização do SUS, Rede de Atenção à Saúde (RAS), níveis assistenciais e Atenção Primária à Saúde (APS), dentre outros componentes que sustentam a lógica organizativa do modelo. A ausência ou fragilidade de qualquer desses elementos compromete o fluxo de atendimento no SUS (Bousquat et al., 2017).

Para Bousquat et al. (2017), não há sistema de saúde efetivo sem uma APS capaz de exercer a coordenação do cuidado e ordenar os fluxos entre os níveis assistenciais. Da mesma forma, os autores destacam que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os mecanismos de regulação e a própria compreensão do usuário acerca do funcionamento da rede influenciam diretamente a organização do atendimento. Logo, o fluxo no SUS não se configura como processo linear e isolado, mas como dinâmica sistêmica, marcada por múltiplas relações de dependência e retroalimentação entre seus componentes.

4.1 Itinerário Terapêutico

O itinerário terapêutico pode ser compreendido como o conjunto de caminhos e decisões adotados por indivíduos ou grupos na busca por cuidado diante de um problema de saúde. Trata-se da trajetória construída ao longo do processo de adoecimento, envolvendo escolhas sucessivas acerca de onde, quando e como procurar ajuda, mobilizando recursos que podem incluir desde práticas caseiras e apoio religioso até serviços formais de saúde, como unidades básicas, ambulatórios e hospitais (Cabral et al., 2011).

Não se trata de um trajeto previamente definido pelo sistema, mas de um percurso dinâmico, influenciado por valores culturais, experiências anteriores, redes sociais e condições de acesso aos serviços (Cabral et al., 2011).

O estudo dos itinerários terapêuticos tem como finalidade entender o comportamento da população diante do processo saúde-doença e sua relação com a utilização dos serviços de saúde (Cabral et al., 2011).

Para os autores, ao investigar como os usuários interpretam sintomas, tomam decisões e transitam pela rede assistencial, torna-se possível identificar falhas no acesso, dificuldades na coordenação do cuidado e barreiras estruturais interferem na continuidade da assistência. Diante disso, a análise dos itinerários não apenas amplia a compreensão das práticas sociais relacionadas ao cuidado, mas também subsidia o planejamento, a organização e a avaliação dos serviços de saúde, contribuindo para a qualificação da assistência (Cabral et al., 2011).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a análise dos itinerários terapêuticos revela que os percursos efetivamente realizados pelos

usuários nem sempre coincidem com os fluxos formais previamente estabelecidos pela rede. Barreiras de acesso, percepção de baixa resolutividade da Atenção Primária, experiências negativas anteriores ou desconhecimento acerca do funcionamento do sistema podem levar à busca direta por serviços de urgência ou por alternativas fora do setor público. Assim, o itinerário terapêutico evidencia a distância que pode existir entre o desenho normativo da rede e a prática cotidiana dos usuários, tornando-se ferramenta relevante para avaliar a efetividade da coordenação do cuidado e da função ordenadora atribuída à Atenção Primária (Cabral et al., 2011).

Nesse sentido, os autores ainda destacam que o itinerário terapêutico dialoga diretamente com a discussão acerca do fluxo de atendimento no SUS. Enquanto o fluxo assistencial representa a organização ideal e normativa do percurso do usuário pela rede, o itinerário revela como esse trajeto ocorre na realidade concreta. A comparação entre ambos permite identificar discontinuidades, sobreposições de atendimentos, utilização inadequada de serviços e fragilidades na articulação entre os níveis assistenciais (Cabral et al., 2011).

Portanto, compreender os itinerários terapêuticos constitui estratégia analítica relevante para avaliar a coerência entre a estrutura organizacional do sistema e as práticas efetivamente vivenciadas pela população

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento teórico até o presente momento, foi possível consolidar uma base conceitual consistente acerca da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nos níveis assistenciais. O estudo bibliográfico permitiu compreender que o fluxo de atendimento no SUS depende da articulação entre política pública, normatização, estrutura organizacional e prática assistencial, evidenciando o papel estratégico da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do percurso assistencial.

No que se refere à etapa empírica da pesquisa, destaca-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo conformidade com os preceitos éticos que regem investigações envolvendo seres humanos. Após

essa aprovação, deu-se início às entrevistas com usuários do serviço de saúde, marcando o início da fase coleta de dados. A realização dessa etapa representa avanço significativo do projeto, uma vez que possibilita discutir os referenciais teóricos estudados com a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais no território investigado. A partir dos relatos obtidos, torna-se possível examinar como o fluxo de atendimento se concretiza na prática, de que maneira os sujeitos compreendem e percorrem a rede de serviços e quais fatores podem influenciar suas escolhas no momento de busca pelo atendimento.

A pesquisa em curso, vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Uni-FACEF, segue ativa e a etapa presente está na fase da coleta de dados (entrevistas com os usuários) e, em seguida, o estudo consistirá na análise qualitativa das entrevistas, buscando identificar categorias relacionadas ao itinerário terapêutico, às barreiras de acesso, à percepção de resolutividade dos serviços e à função ordenadora da Atenção Primária. Essa fase é fundamental para aprofundar a compreensão das possíveis fragilidades e potencialidades da rede de saúde.

Desse modo, as considerações apresentadas neste artigo não encerram os resultados da pesquisa, mas evidenciam o progresso alcançado até aqui e sinalizam os caminhos que serão percorridos na etapa subsequente. A continuidade do estudo permitirá a construção de uma análise crítica e fundamentada acerca do fluxo de atendimento no SUS no contexto estudado, contribuindo para reflexão sobre a importância da informação, da educação em saúde e da organização da rede assistencial para o fortalecimento da APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1150, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf. Acesso em: 16 jul. 2025.

ALMEIDA, W. S. et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, supl. 2, p. 1-16, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fQD89TBmkcTdxpJBqvbmX7h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

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: 19 dez. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2025.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

CARDOSO, A. L. et al. Compreensão dos usuários sobre os níveis de atenção à saúde com enfoque na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 304, p. 9907-9911, 2023. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3106>. Acesso em: 16 jul. 2025.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QZvVddHCK8d8nzDbJjRC3Gy/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvWRb4ScPGDyyxkr/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

DA CUNHA, R. D.; LYRA, T. M. A garantia do direito à saúde e a seguridade social: entraves vivenciados pela população quilombola da faixa litorânea da Paraíba.

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 14, n. 4, p. 69-80, out./dez. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v14i4.1350>. Acesso em: 21 jan. 2026.

DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.

FAUSTO, M. C. R. et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zYVYZqBBG8w3XqTh8NNVqJj/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

LUCCHESI, P. T. R. (coord.). **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 16 fev. 2026.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 16 fev. 2026.

NAKATA, L. C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190154, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/WY3CygqzqKVQF5Y87v9dzH3L/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2025.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBKRxhLTPkdp489zfNGhKnt/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>. Acesso em: 09 fev. 2026.

COQUELUCHE NO CONTEXTO ATUAL: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA O FORTALECIMENTO DA IMUNIZAÇÃO INFANTIL E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Thayná Cristina de Oliveira Barbosa
Graduanda do curso de Medicina-Uni-FACEF
thaynabarbosa26031999@gmail.com

Lívia Maria Lopes-Gazaffi
Doutora em Ciências
Docente do Departamento de Enfermagem e Medicina – Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A coqueluche, também denominada pertussis ou “tosse comprida”, é uma doença infecciosa respiratória aguda altamente transmissível, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, um coccobacilo Gram-negativo estritamente humano. Clinicamente, caracteriza-se por episódios de tosse paroxística prolongada, podendo evoluir com complicações graves, especialmente em lactentes menores de seis meses, nos quais frequentemente predominam manifestações como apneia, cianose e desconforto respiratório, muitas vezes sem o guincho inspiratório clássico. Em virtude de sua elevada transmissibilidade, potencial de gravidade e impacto na morbimortalidade infantil, a coqueluche permanece como importante problema de saúde pública, sendo classificada no Brasil como agravo de notificação compulsória imediata, com obrigatoriedade de notificação de casos suspeitos e confirmados aos sistemas de vigilância epidemiológica, visando à detecção precoce de surtos e à adoção de medidas de controle (Brasil, 2023).

Do ponto de vista epidemiológico, a coqueluche apresenta padrão cíclico de ocorrência, com surtos a cada três a cinco anos, mesmo em países com programas consolidados de imunização, comportamento associado à perda progressiva da imunidade, ao acúmulo de indivíduos suscetíveis e às flutuações na cobertura vacinal e na sensibilidade diagnóstica. Historicamente, antes da introdução das vacinas, a doença figurava entre as principais causas de mortalidade infantil, sendo que a implantação das vacinas de células inteiras a partir da década de 1940 promoveu redução superior a 90% na incidência e nos óbitos. Entretanto, a

substituição gradual pelas vacinas acelulares e a menor duração da imunidade conferida por essas formulações têm sido associadas ao ressurgimento da doença em diferentes regiões do mundo (Mooi et al., 2014; Plotkin, 2014; Mooi & van der Maas, 2017).

No Brasil, após um período de declínio sustentado entre as décadas de 1990 e 2000, observou-se recrudescimento da coqueluche a partir de 2011, com picos entre 2011 e 2014, especialmente em lactentes, o que motivou a introdução da vacinação de gestantes com dTpa como estratégia de proteção indireta dos recém-nascidos. Estudos nacionais indicam que a doença mantém circulação endêmica, com heterogeneidade regional associada à cobertura vacinal e à capacidade dos sistemas locais de vigilância. Alertas recentes apontam aumento expressivo de casos nas Américas entre 2024 e 2025, com ocorrência de óbitos em crianças pequenas, reforçando a necessidade de fortalecimento da vigilância e ampliação das coberturas vacinais, cenário agravado pela queda na imunização durante a pandemia de COVID-19 (Domingues et al., 2017; Ministério da Saúde, 2015; Caneppe et al., 2021; Messias et al., 2024; OPAS, 2025).

A relevância do tema também se evidencia na prática clínica. Durante estágio eletivo realizado em julho de 2025, na Unimed de Franca–SP, foi acompanhado um caso de lactente de aproximadamente um ano que evoluiu com complicações por coqueluche, necessitando de internação prolongada e múltiplos esquemas de antibioticoterapia. Essa experiência permitiu observar diretamente o impacto clínico da doença e reforçou a importância da manutenção de elevadas coberturas vacinais como estratégia essencial para prevenção de casos graves e hospitalização, especialmente na população infantil.

Estudos recentes demonstram queda consistente das coberturas vacinais infantis em diversos países, particularmente após a pandemia de COVID-19, com milhões de crianças deixando de receber esquemas completos, o que amplia o contingente de suscetíveis e favorece o ressurgimento de doenças imunopreveníveis. No Brasil, dados do Programa Nacional de Imunizações evidenciam redução da cobertura da vacina pentavalente e da DTP abaixo do patamar recomendado de 95% em diferentes estados, configurando risco para o recrudescimento da coqueluche (OMS; UNICEF, 2023; Brasil, 2024).

A literatura aponta que a não adesão vacinal está associada a múltiplos fatores, incluindo desinformação, baixa percepção de risco, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, insegurança quanto à segurança das vacinas, influência de movimentos antivacina e fragilidades na comunicação entre profissionais e famílias. Estudos nacionais destacam ainda o papel de determinantes socioeconômicos e da organização da atenção primária na adesão ao calendário vacinal. No contexto específico da coqueluche, evidências demonstram associação direta entre queda da cobertura vacinal e aumento da incidência da doença, especialmente em lactentes não completamente imunizados, sendo a vigilância epidemiológica fundamental para identificação de áreas de risco e orientação de estratégias de controle (Larson et al., 2022; Dubé et al., 2023; Silva et al., 2023; Pereira et al., 2024; Skoff et al., 2022; OPAS, 2025; CDC, 2025).

Diante desse cenário, o presente estudo será desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar evidências científicas atuais relacionadas à coqueluche no contexto da imunização infantil e da vigilância em saúde. A organização do estudo contempla eixos temáticos que incluem definição clínica e microbiológica, diagnóstico, complicações, epidemiologia e a interface com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com ênfase no papel da vigilância em saúde e da cobertura vacinal como estratégias fundamentais para o controle da transmissão e proteção da população infantil, permitindo uma análise crítica dos desafios e das oportunidades para o fortalecimento das ações de imunização no contexto brasileiro.

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Analisar e sintetizar evidências científicas acerca da coqueluche no contexto atual, com ênfase na imunização infantil e na vigilância em saúde, identificando fatores associados à não adesão vacinal em crianças de até dois anos.

3. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a reunião, análise crítica e síntese de evidências científicas produzidas sobre determinado tema, permitindo a compreensão ampliada do

fenômeno investigado. O desenvolvimento da revisão seguiu etapas sistematizadas, compreendendo: formulação da pergunta de pesquisa; seleção das bases de dados; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; organização e triagem dos estudos; definição das variáveis para extração dos dados; análise dos estudos incluídos; interpretação dos achados e apresentação da síntese dos resultados (Torraco, 2020).

A formulação da questão norteadora baseou-se na estratégia PICo, na qual P refere-se à população, I ao fenômeno de interesse e Co ao contexto. Assim, foram considerados como população (P) os pais ou responsáveis por crianças com idade igual ou inferior a dois anos; como interesse (I), a baixa adesão, hesitação ou recusa em relação à vacinação contra a coqueluche; e como contexto (Co), as ações de imunização infantil e de vigilância em saúde. A partir desses elementos, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais características estão relacionados à não adesão dos pais à vacinação contra coqueluche em crianças de até dois anos no cenário atual da imunização infantil e da vigilância em saúde?” (Whittemore; Knafl, 2005; Wang et al., 2023).

Inicialmente, os artigos identificados nas bases PubMed, LILACS, SciELO e Google Scholar foram exportados para a plataforma Rayyan QCRI®, ferramenta digital utilizada para apoiar revisões integrativas e sistemáticas, permitindo a organização das referências, identificação automática de duplicidades e avaliação estruturada dos estudos.

Tabela 1 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca
PUBMED	“Pertussis” OR “Whooping Cough” AND “Vaccination” OR “Immunization”
LILACS (BVS)	“Coqueluche” AND “Vacinação” OR “Imunização” AND “Hesitação Vacinal” OR “Recusa de Vacinação”

	OR “Não Adesão”
SciELO	coqueluche AND vacinação AND hesitação vacinal OR não adesão
Google Scholar	“coqueluche” AND “vacinação” AND (pais OR responsáveis) AND (“hesitação vacinal” OR “recusa vacinal” OR “não adesão”)

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A estratégia de busca utilizou os descritores: coqueluche, *Bordetella pertussis*, hesitação vacinal, revisão integrativa, imunização infantil e vigilância em saúde, conforme tabela 1. Tal estratégia de busca resultou em 716 registros iniciais. Após a remoção de 214 duplicatas pelo software, permaneceram 502 artigos para a etapa de triagem.

Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025, disponíveis em texto completo nos idiomas português e inglês, que abordassem aspectos relacionados à vacinação contra a coqueluche na infância e à participação dos pais no processo decisório sobre a imunização. Como critérios de exclusão, foram retirados artigos publicados anteriormente a 2015, estudos em idioma espanhol e aqueles que não apresentaram relação direta com os objetivos da pesquisa.

O processo de seleção ocorreu em etapas, iniciando pela leitura de títulos e resumos no Rayyan, seguida da avaliação do texto completo dos artigos potencialmente elegíveis. Após a triagem inicial, 171 estudos foram analisados na íntegra, dos quais 104 foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos, resultando em 67 artigos elegíveis. Posteriormente, esses estudos passaram por uma etapa adicional de análise mais criteriosa, na qual foram priorizados aqueles que atendiam de forma mais direta à pergunta norteadora, resultando em uma amostra final de 13 artigos. Para a organização das informações, foi utilizado um instrumento padronizado de coleta de dados contendo: autor, ano, local do estudo, tipo de delineamento, características da população e principais

recomendações apontadas pelos autores. A análise dos resultados foi realizada por meio de síntese descritiva e interpretativa, possibilitando a identificação de tendências, lacunas na literatura e implicações para o fortalecimento das estratégias de imunização e da vigilância em saúde. (Page et al., 2021)

A tabela 1 apresentou, de forma sequencial, o número de registros identificados nas bases de dados, a remoção de duplicatas realizada com auxílio do Rayyan QCRI®, bem como os critérios de exclusão aplicados durante a leitura de títulos, resumos e textos completos. Esse processo permitiu visualizar o refinamento progressivo da amostra, desde os 716 registros iniciais até a identificação de 67 estudos elegíveis após a leitura completa, os quais foram posteriormente refinados, resultando em uma amostra final de 13 artigos, conforme as recomendações metodológicas para revisões científicas. (Page et al., 2021)

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos previamente com o objetivo de garantir maior rigor científico e alinhamento com a questão norteadora da pesquisa. Optou-se pela inclusão de estudos publicados entre 2015 e 2025, considerando a necessidade de analisar evidências atualizadas sobre a coqueluche no contexto contemporâneo da imunização infantil e da vigilância em saúde, especialmente diante das mudanças epidemiológicas recentes e do fenômeno da hesitação vacinal. Foram selecionados artigos disponíveis nos idiomas português e inglês, por representarem a maior parte da produção científica relevante e possibilitarem análise crítica adequada.

A exclusão de estudos anteriores a 2015 foi estabelecida para evitar a inclusão de evidências potencialmente desatualizadas em relação às políticas públicas, estratégias do Programa Nacional de Imunizações e avanços diagnósticos. Da mesma forma, artigos em língua espanhola foram excluídos devido à limitação linguística da pesquisadora, visando reduzir vieses de interpretação. Também foram retirados estudos que não apresentaram relação direta com os objetivos propostos, garantindo que a amostra final refletisse de forma consistente os aspectos relacionados à imunização infantil, vigilância em saúde e hesitação vacinal no cenário atual.

Dessa forma, entende-se que as duas tabelas (tabela 1 e tabela 2) se complementam, permitindo visualizar tanto a construção das buscas quanto o percurso metodológico adotado para a definição da amostra final.

Tabela 2 – Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa

Etapas da seleção dos estudos	Quantidade de artigos
Registros identificados nas bases de dados	716
Duplicatas removidas no Rayyan	214
Registros após remoção de duplicatas	502
Artigos excluídos após leitura de títulos e resumos	331
Artigos elegíveis para leitura na íntegra	171
Artigos excluídos após leitura completa	104
Estudos excluídos após análise mais assídua	54
Artigos selecionados para revisão integrativa até o momento	13

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Dessa forma, o percurso metodológico adotado possibilitou a organização sistemática das evidências científicas disponíveis sobre a coqueluche no contexto atual, assegurando transparência, reprodutibilidade e rigor na seleção dos estudos. A utilização de estratégias de busca estruturadas, critérios de elegibilidade previamente definidos e ferramentas de apoio à triagem, como o Rayyan QCRI®, contribuíram para a construção de uma amostra final consistente e alinhada aos objetivos da pesquisa. Assim, a metodologia empregada favoreceu a análise crítica dos achados e a identificação de evidências relevantes para o fortalecimento das estratégias de imunização infantil e da vigilância em saúde frente aos desafios contemporâneos relacionados à doença.

4. RESULTADOS

Os 13 estudos selecionados para compor a amostra final desta revisão integrativa foram analisados de forma sistemática, considerando aspectos como ano de publicação, local de realização, delineamento metodológico, população estudada e principais achados relacionados à hesitação vacinal frente à coqueluche.

Observou-se que os estudos incluídos são majoritariamente recentes, com predomínio de publicações entre 2020 e 2025, refletindo o interesse crescente na temática da hesitação vacinal no contexto contemporâneo. Quanto à origem, verificou-se a presença de estudos nacionais e internacionais, evidenciando que a problemática da não adesão à vacinação contra a coqueluche possui caráter global, embora apresente particularidades regionais, especialmente relacionadas a fatores socioeconômicos, culturais e estruturais dos sistemas de saúde.

Em relação ao delineamento metodológico, identificaram-se revisões sistemáticas, estudos observacionais, relatórios epidemiológicos e análises de base populacional, o que permitiu uma abordagem abrangente do fenômeno investigado. Os estudos analisaram diferentes populações, com destaque para pais e responsáveis por crianças pequenas, profissionais de saúde e populações gerais, além de dados provenientes de sistemas de vigilância epidemiológica.

A análise dos achados possibilitou a identificação de fatores centrais relacionados à hesitação vacinal frente à coqueluche, os quais podem ser organizados em categorias temáticas. Entre os principais aspectos observados, destacam-se:

(1) Fatores cognitivos e perceptivos, incluindo a baixa percepção de risco da doença, a crença na baixa gravidade da coqueluche e a desconfiança em relação à segurança e eficácia das vacinas, frequentemente influenciadas por desinformação e circulação de conteúdos não científicos;

(2) Fatores socioeconômicos e desigualdades estruturais, evidenciados pela menor adesão vacinal em populações com menor nível de escolaridade, renda reduzida e acesso limitado aos serviços de saúde, além de disparidades regionais na cobertura vacinal;

(3) Influência do contexto epidemiológico e histórico recente, especialmente no cenário pós-pandemia de COVID-19, no qual se observou redução da cobertura vacinal e aumento do risco de reemergência de doenças imunopreveníveis, incluindo a coqueluche;

(4) Aspectos relacionados aos serviços de saúde, como organização da atenção, acesso às unidades, disponibilidade de imunobiológicos e atuação dos profissionais, os quais podem tanto favorecer quanto dificultar a adesão à vacinação;

(5) Importância da comunicação e da educação em saúde, sendo evidenciado que estratégias educativas, campanhas informativas e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários contribuem significativamente para a redução da hesitação vacinal;

(6) Relevância das estratégias de vigilância epidemiológica, que permitem identificar padrões de queda na cobertura vacinal e orientar intervenções direcionadas para grupos mais vulneráveis;

(7) Impacto de políticas públicas e recomendações institucionais, como vacinação materna e ampliação de coberturas, que se mostraram eficazes na proteção indireta de lactentes e na redução da incidência da doença.

De modo geral, os resultados evidenciam que a hesitação vacinal frente à coqueluche é um fenômeno multifatorial, influenciado por dimensões individuais, sociais e estruturais. Assim como observado em outras doenças imunopreveníveis, a adesão à vacinação depende não apenas da disponibilidade do imunizante, mas também da confiança da população, da qualidade da informação disseminada e da efetividade das políticas públicas de saúde.

Tabela 3 – Artigos de maior relevância e pertinência para o estudo

Autor(es) completo(s)	Ano	Título / Fonte	Foco principal	Contribuição para a questão norteadora
de Figueiredo, A.; Eagan, R. L.; Hendrickx, G.; Karafillakis, E.; Van Damme, P.; Larson, H. J.	2022	<i>State of Vaccine Confidence in the European Union.</i> Publications Office of the European Union. DOI: 10.2875/188426	Confiança nas vacinas e fatores de hesitação.	Mostra como desinformação e percepção de risco influenciam a não adesão dos pais.

Dubé, E.; MacDonald, N. E.	2022	<i>COVID-19 vaccine hesitancy (comment/review).</i> Nature / Nature Reviews (resumo e comentário). DOI: 10.1038/s41581-022-00571-2	Revisão/visão geral sobre hesitação vacinal no contexto da COVID-19.	Analisa barreiras cognitivas, sociais e culturais às decisões parentais.
Sardinha, D. M.; Silva, M. J. A.; Bispo, S. K. S.; da Silva, A. P. O.; Lima, K. V. B.; Ferreira, I. P.; Lima, L. N. G. C.	2025	<i>Prevalence of COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil: a systematic review and meta-analysis.</i> Frontiers in Public Health. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1622247	Hesitação vacinal no Brasil; desigualdades regionais/socioeconômicas.	Desigualdades regionais e socioeconômicas reduzem a adesão.
Pereira da Silva, A.; Castaneda, L. R.; Cavalcante de Oliveira, A. P.; Fronteira, I.; Craveiro, I.; Maia, L. S.; Chança, R.	2024	<i>COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy in Healthcare Workers and the General Population: A Systematic Review and Policy Recommendations.</i> International Journal of Environmental Research and Public Health. DOI: 10.3390/ijerph21091134	Aceitação e hesitação vacinal entre profissionais de saúde e população geral.	Influência da organização dos serviços e fatores socioeconômicos influenciam a aceitação.
Kaur, G.; Danovaro-Holliday, M. C.; Mwinnyaa, G.; Gacic-Dobo, M.; Francis, L.; Grevendonk, J.; Sodha, S. V.; Sugerman, C.; Wallace, A.	2023	<i>Routine Vaccination Coverage — Worldwide, 2022.</i> MMWR / CDC. DOI: 10.15585/mmwr.mm7243a1	Cobertura vacinal global e recuperação pós-pandemia.	Queda da cobertura ligada ao ressurgimento de coqueluche; recuperação desigual.

Pan American Health Organization / World Health Organization (PAHO/WHO).	2025	<i>Epidemiological Alert: Increased Pertussis in the Americas.</i> PAHO/WHO epidemiological alert (documento técnico).	Alerta epidemiológico sobre aumento de coqueluche.	Reforça ampliar cobertura vacinal e vigilância.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC).	2025	<i>Provisional Pertussis Surveillance Report (2025).</i> Relatório provisório de vigilância epidemiológica (CDC).	Vigilância epidemiológica da coqueluche nos EUA.	Integração entre vigilância e cobertura vacinal é crucial.
Mooi, F. R.; van der Maas, N. A. T.; de Melker, H. E.	2017	<i>Bordetella pertussis and vaccination.</i> Current Opinion in Infectious Diseases.	Mecanismos de ressurgência; adaptação do patógeno	Explica causas biológicas que afetam confiança e adesão vacinal
Antczak, K.; Ulsch, B.; Beutels, P.	2021	<i>Cost-effectiveness of maternal pertussis immunization: a systematic review.</i> Vaccine. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.12.045	Avaliação econômica da vacinação materna	Apoia argumentos de política para reduzir barreiras e aumentar cobertura
Domenech de Cellès, M.; Rohani, P.	2024	<i>Pertussis vaccines, epidemiology and evolution.</i> Nature Reviews Microbiology. DOI: 10.1038/s41579-024-01064-8	Dinâmica epidemiológica; evolução vacinal	Contextualiza mudanças epidemiológicas que influenciam decisões parentais
Domingues, C. M. A. S.; Maranhão, A. G. K.; Teixeira, A. M.; Fantinato, F. F. S.; Domingues, R. A. S.	2017	<i>Impacto da vacinação de gestantes.</i> Cadernos de Saúde Pública.	Evidência nacional sobre Tdap materna e proteção neonatal	Mostra proteção indireta que pode alterar percepção de necessidade vacinal

Kilgore, P. E.; Salim, A. M.; Zervos, M. J.; Schmitt, H. J.	2016	<i>Pertussis: Microbiology, Disease, Treatment, and Prevention</i> . Clinical Microbiology Reviews. DOI: 10.1128/CMR.00083-15	Revisão clínica sobre microbiologia, quadro e prevenção	Demonstra gravidade em lactentes para reforçar percepção de risco parental
Wang, Y.; Shi, N.; Wang, Q.; Yang, L.; Cui, T.; Jin, H.	2023	<i>The association between vaccine hesitancy and pertussis</i> . Italian Journal of Pediatrics. DOI: 10.1186/s13052-023-01495-8	Associação entre hesitação vacinal e surtos de pertussis	Evidência empírica ligando hesitação à maior incidência infantil

5. DISCUSSÃO

A análise integrada dos estudos demonstra que a hesitação vacinal frente à coqueluche resulta de uma interação complexa entre fatores individuais, sociais e epidemiológicos. De Figueiredo et al. (2022) evidenciam que a confiança nas vacinas está diretamente relacionada à percepção de risco da doença e à segurança dos imunizantes, sendo fortemente influenciada por informações contraditórias. Em complemento, Dubé e MacDonald (2022) destacam que a decisão vacinal envolve processos subjetivos, nos quais crenças e experiências pessoais frequentemente se sobrepõem às evidências científicas.

Nesse contexto, a hesitação vacinal configura-se como um fenômeno socialmente construído. Sardinha et al. (2025) demonstram sua distribuição desigual, associada a determinantes socioeconômicos, enquanto Pereira da Silva et al. (2024) evidenciam a influência da relação entre usuários e serviços de saúde na adesão vacinal. Assim, a combinação entre vulnerabilidade social e fragilidade institucional favorece cenários de menor cobertura, indicando que estratégias baseadas apenas na oferta de vacinas são insuficientes.

A comunicação em saúde emerge como elemento central nesse processo, especialmente diante da disseminação de informações não verificadas em ambientes digitais, que contribuem para percepções distorcidas sobre vacinas. Esse efeito é potencializado em populações mais vulneráveis, ampliando barreiras à adesão.

Do ponto de vista epidemiológico, Kaur et al. (2023) apontam redução significativa da cobertura vacinal, intensificada após a pandemia de COVID-19, enquanto dados do CDC (2025) e da PAHO/WHO (2025) indicam reemergência da coqueluche em diferentes regiões. Em consonância, Wang et al. (2023) demonstram que maior hesitação vacinal está associada ao aumento da circulação do *Bordetella pertussis*, comprometendo a imunidade coletiva e favorecendo surtos.

Entretanto, a dinâmica da doença envolve também fatores biológicos. Mooi et al. (2017) destacam adaptações do agente etiológico que podem impactar a efetividade vacinal, enquanto Domenech de Cellès e Rohani (2024) evidenciam a perda progressiva da imunidade, contribuindo para a manutenção de indivíduos suscetíveis. A interação entre esses fatores e a queda na cobertura vacinal potencializa a persistência da doença.

A gravidade da coqueluche em lactentes, evidenciada por Kilgore et al. (2016), contrasta com a baixa percepção de risco pela população, configurando um importante desafio para a adesão às estratégias preventivas. Nesse cenário, a vacinação materna destaca-se como estratégia eficaz de proteção indireta, conforme demonstrado por Domingues et al. (2017) e Antczak et al. (2021), embora ainda apresente baixa adesão devido a inseguranças, falhas na recomendação profissional e limitações na comunicação no pré-natal.

Além disso, a vigilância epidemiológica, conforme apontado pelo CDC (2025) e pela PAHO/WHO (2025), é essencial para o monitoramento da cobertura vacinal e implementação de intervenções direcionadas. Paralelamente, o papel dos profissionais de saúde é determinante, uma vez que recomendações claras e consistentes fortalecem a confiança, enquanto falhas na comunicação podem comprometer a adesão.

Dessa forma, a hesitação vacinal frente à coqueluche deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial e dinâmico, que exige estratégias integradas envolvendo comunicação qualificada, fortalecimento dos serviços de saúde, ampliação da cobertura vacinal e aprimoramento da vigilância epidemiológica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidencia que a coqueluche permanece como um relevante desafio de saúde pública, cuja reemergência está associada à redução das coberturas vacinais e à persistência da hesitação vacinal. Trata-se de um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos individuais, como percepção de risco e confiança nas vacinas, além de determinantes sociais, fragilidades na comunicação em saúde e limitações estruturais dos sistemas de saúde.

Nesse contexto, a imunização infantil assume papel central na prevenção da doença, especialmente diante da maior vulnerabilidade dos lactentes às formas graves. Entretanto, sua efetividade depende diretamente da adesão populacional e da implementação de estratégias complementares, como a vacinação materna, cuja eficácia é reconhecida, embora ainda subutilizada.

As evidências também destacam a importância da vigilância em saúde no monitoramento da cobertura vacinal e na identificação precoce de riscos, sendo a integração entre vigilância epidemiológica e programas de imunização essencial para a prevenção de surtos. Além disso, a dinâmica da coqueluche, influenciada por fatores comportamentais e biológicos, como a adaptação do *Bordetella pertussis* e o declínio da imunidade, demonstra que estratégias baseadas exclusivamente na oferta de vacinas são insuficientes.

Dessa forma, o enfrentamento da coqueluche requer abordagens integradas, com ênfase na qualificação da comunicação em saúde, no fortalecimento da confiança nas instituições e na redução das desigualdades de acesso. Conclui-se que a ampliação da cobertura vacinal e a superação da hesitação vacinal são fundamentais para o controle sustentável da doença e para a proteção dos grupos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ANTCZAK, Karolina; ULTSCH, Bernhard; BEUTELS, Philippe. *Cost-effectiveness of maternal pertussis immunization: a systematic review*. Vaccine, Amsterdam, v. 39, n. 5, p. 873–885, 2021. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.12.045.

ARAÚJO, Esmaela Pereira de Macedo et al. *Diagnóstico microbiológico da coqueluche: avanços e desafios na detecção da Bordetella pertussis*. Lumen et Virtus, 2025.

BARBOSA, L. C.; SILVA, F. R.; OLIVEIRA, M. F. *Impacto socioeconômico da coqueluche em famílias brasileiras: revisão integrativa*. LILACS, 2018.

BARROS, M. et al. *Vacinação materna e proteção infantil: evidências do Programa Nacional de Imunizações*. SciELO Brasil, 2018.

BMJ. *Pertussis: complications*. BMJ Best Practice, 2025. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com>. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coqueluche: aspectos clínicos, epidemiológicos e prevenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações: cobertura vacinal no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação epidemiológica da coqueluche no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALVERT, J. et al. *Transmission dynamics of pertussis infection*. 2017.

CANEPA, C. et al. *Epidemiological trends of pertussis in Brazil*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. *Provisional Pertussis Surveillance Report*. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov>. Acesso em: 8 maio 2026.

DOMENECH DE CELLÈS, M.; ROHANI, P. *Pertussis vaccines, epidemiology and evolution*. Nature Reviews Microbiology, London, 2024. DOI: 10.1038/s41579-024-01064-8.

DOMINGUES, C. M. A. S. et al. *Impacto da vacinação de gestantes na incidência de coqueluche em lactentes no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, 2017.

DUBÉ, E. et al. *Vaccine hesitancy: an overview*. Human Vaccines & Immunotherapeutics, New York, 2023.

DUBÉ, E.; MACDONALD, N. E. *COVID-19 vaccine hesitancy*. Nature Reviews Immunology, London, v. 22, n. 7, p. 409–410, 2022.

FIGUEIREDO, A. de et al. *State of Vaccine Confidence in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022. DOI: 10.2875/188426.

KAUR, G. et al. *Routine Vaccination Coverage — Worldwide, 2022*. MMWR, Atlanta, v. 72, n. 43, 2023. DOI: 10.15585/mmwr.mm7243a1.

KILGORE, P. E. et al. *Pertussis: microbiology, disease, treatment, and prevention*. Clinical Microbiology Reviews, Washington, v. 29, n. 3, p. 449–486, 2016. DOI: 10.1128/CMR.00083-15.

LARSON, H. J. et al. *The State of Vaccine Confidence*. The Lancet, London, 2022.

MESSIAS, K. L. et al. *Situação epidemiológica da coqueluche no Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2024.

MOOI, F. R. et al. *Pertussis resurgence: waning immunity and pathogen adaptation*. Emerging Infectious Diseases, Atlanta, v. 20, n. 6, 2014.

MOOI, F. R.; VAN DER MAAS, N. A. *Bordetella pertussis and vaccination*. Current Opinion in Infectious Diseases, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 327–335, 2017.

Organização Mundial da Saúde; UNICEF. *Immunization coverage: global report*. Geneva: WHO, 2023.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Epidemiological Alert: Increased Pertussis in the Americas*. Washington: OPAS, 2025.

PEREIRA DA SILVA, A. et al. *Determinantes da adesão vacinal no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2024.

PLOTKIN, S. *History of vaccination against pertussis*. Clinical Infectious Diseases, Oxford, v. 58, n. 2, p. 260–269, 2014.

SARDINHA, D. M. et al. *Prevalence of COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil: a systematic review*. Frontiers in Public Health, Lausanne, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1622247.

SILVA, R. M. et al. *Fatores associados à adesão vacinal na atenção primária*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2023.

SKOFF, T. H. et al. *Impact of vaccination coverage on pertussis resurgence*. Pediatrics, Elk Grove Village, 2022.

TORRES, R. S. et al. *Aspectos microbiológicos da coqueluche*. 2015.

WANG, Z. et al. *Vaccine hesitancy and pertussis transmission dynamics*. Vaccine, Amsterdam, 2023.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SAÚDE DA MULHER: desafios na atenção básica em um município do interior paulista

Ana Beatriz Dias Rinaldi

Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF

Apoio PIBIC CNPq

anabeatrizdiasrinaldi@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro

Doutora em Psicologia pela USP – Uni-FACEF

danifribeiro@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo integra um projeto de iniciação científica financiado pelo CNPq, no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), sendo parte de uma pesquisa em andamento sobre a temática da gravidez na adolescência. A área prioritária, conforme o MCTIC, abrange o desenvolvimento de inovações voltadas à qualidade de vida.

A gravidez na adolescência é fenômeno que deve ser analisado a partir de suas implicações sociais, uma vez que envolve o contexto socioeconômico e cultural da adolescente. Martins (2021) corrobora para essa perspectiva ao identificar, em sua tese de doutorado, quatro cenários que influenciam a ocorrência da gravidez na adolescência: (1) deslizos, relacionados ao uso inadequado ou à ausência de métodos contraceptivos; (2) desejo, quando há intenção consciente de engravidar; (3) violência, em casos de abuso sexual; e (4) estratégia, quando a gestação é concebida como resposta a demandas sociais, como a fuga de contextos familiares adversos ou a busca por reconhecimento afetivo .

A adolescência, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos, sendo esse o parâmetro adotado nesta pesquisa. Trata-se de um período marcado pela construção de identidade, elaboração de projetos de vida e desenvolvimento de expectativas futuras (Calligaris, 2000).

Eutrópio (2024) aponta para as particularidades emergentes após a pandemia da Covid-19. Para além dos desafios típicos dessa fase, como a puberdade e a descoberta da sexualidade, os adolescentes ainda enfrentam as

incertezas das mudanças climáticas, a polarização política, novas guerras e um mercado de trabalho instável.

No Brasil, a gravidez na adolescência permanece como um relevante problema de saúde pública. A América Latina e o Caribe destacam-se entre as regiões com maiores índices de gestações precoces. Segundo relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, estima-se que haja 66,5 nascimentos para cada 1.000 meninas entre 15 e 19 anos na região.

A relevância desta temática também é evidenciada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2015), que incluem metas específicas voltadas à saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens.

Neste contexto, torna-se fundamental discutir a saúde das mulheres adolescentes, no âmbito da Atenção Básica, principalmente dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas a principal porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS). Para além da assistência, é necessário discutir as políticas públicas voltadas ao público infanto-juvenil, uma vez que, por meio delas, é possível implementar estratégias que previnam o agravamento de vulnerabilidades.

Indo além, para uma adequada articulação das políticas públicas é preciso capacitar os profissionais da rede para o atendimento ao público adolescente, que possui suas especificidades próprias. Em especial, as adolescentes gestantes, que, além das demandas decorrentes da gestação, enfrentam questões socioemocionais.

Por definição, políticas públicas são “ações estratégicas destinadas a implementar objetivos desejados” (Rodrigues, 2010, p. 52) organizadas pelo governo em todas as suas instâncias e têm por propósito a garantia de direitos e o bem-estar da sociedade (UNICEF, 2017).

O SUS organiza-se a partir de princípios que garantem o direito universal à saúde (Brasil, 1988), sendo as políticas públicas instrumentos fundamentais para sua efetivação. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010) estabelecem diretrizes importantes para o atendimento desse público, assegurando

direitos relacionados ao planejamento familiar, à permanência escolar, o acesso aos serviços de saúde e o protagonismo juvenil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) retoma e amplia diretrizes anteriormente estabelecidas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações voltadas à saúde reprodutiva, à contracepção e aos direitos das mulheres (Brasil, 2004).

Entretanto, a efetivação dessas políticas depende da atuação qualificada dos profissionais, bem como da superação de concepções adultocêntricas que limitam o reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos (Martins, 2021). Nesse sentido, a formação profissional e a articulação intersetorial mostram-se fundamentais para o desenvolvimento de práticas mais eficazes.

A saúde reprodutiva dos adolescentes ainda é permeada por tabus oriundos do senso comum, o que dificulta intervenções necessárias para a promoção de uma vida sexual segura e satisfatória. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010), apontam o protagonismo juvenil como uma das ações que proporcionam práticas cotidianas favoráveis nesse assunto.

No âmbito da Atenção Básica, os profissionais de enfermagem são os principais agentes de saúde que têm contato direto com as gestantes, especialmente por meio da realização do pré-natal. Araújo *et al.* (2021) concluem que, quando realizado um atendimento emancipatório junto à adolescente, há uma melhor adesão ao tratamento e também um acolhimento das demandas emocionais.

A maioria dos estudos analisados durante a pesquisa, convergem em alguns pontos: a enfermagem possui um papel muito importante no acolhimento das demandas; o pré-natal é o momento para a orientação, não só das especificações da gestação, mas também dos direitos dessa adolescente encaminhando para outros serviços; a educação é um dos meios mais eficazes na busca pela implementação do sexo seguro e para a diminuição da gravidez na adolescência; é importante realizar um acolhimento psicossocial com a jovem; e por fim, as fragilidades na formação desses profissionais evidenciam o despreparo para lidar com as demandas dos adolescentes (Araújo *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2023; Patrício; Silva; Júnior, 2024; Santos *et al.*, 2025).

A identidade, que pode ser definida como a “concepção de si mesmo, comporta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido” (Schoen-Ferreira, Azinar-Farias e Silvaes, 2003, p. 107) é um tema central na vida dos adolescentes e, em alguns casos, a gravidez é vista como a busca por um papel social ou a realização de um projeto de vida.

Diante disso, o trabalho socioemocional é de extrema importância na adolescência. Eutrópio (2024) afirma que a escola é esse espaço protetivo que não só educa, mas que deve promover espaços de reflexões e aprendizados, dando espaço para a construção de sonhos e de projetos de vida.

Porém, os equipamentos de saúde também devem articular, multiprofissionalmente, as demandas dos adolescentes. Neste caso, a atuação das psicólogas (que será empregada no feminino, seguindo as referências técnicas desta profissão, que demonstram como há uma maioria de psicólogas que se identificam com o gênero feminino atuam hoje no Brasil) deve ser pautada no acolhimento dessas demanda e na ampliação do *setting* terapêutico dentro da Atenção Básica (CFP, 2019).

Em uma pesquisa realizada com profissionais da área, as autoras demonstraram que há uma falta de compreensão das subjetividades que atravessam as gestantes adolescentes, pois muitas profissionais citam a gravidez como indesejada. No entanto, a maioria das pesquisas mostra que há desejo, mesmo que imaturo, e que ele está pautado em questões relacionadas à identidade ou uma fuga da realidade familiar (Sena Fila; Castanha, 2014).

Assim, para que haja um olhar de acolhimento e cuidado, é preciso compreender as vontades e as fantasias subjetivas que são elucidadas a partir do desejo de ser mãe, engravidar e ter um bebê. Essa constitui uma das atribuições da profissional de psicologia na UBS, realizando atividades grupais com as usuárias, assim como com a equipe, como preconiza as referências técnicas (CFP, 2019).

Entretanto, o conhecimento acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2018), que preconiza o trabalho em grupo com os adolescentes e a intersetorialidade com a educação, deve orientar a atuação profissional do psicólogo que atua dentro da área da saúde, visto que essa política coloca em suas diretrizes a importância da territorialização, isto é conhecer a comunidade, suas demandas e suas potencialidades, realizando ações na região,

além de entender a saúde e o cuidado como um tema transversal, reforçando que “saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde” (p.14).

O objetivo geral deste artigo é apresentar os resultados preliminares da pesquisa realizada entre os anos de 2025 e 2026, discutindo como as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher adolescente e gestante precisam ser melhor articuladas no atendimento desta população dentro de uma Unidade Básica de Saúde no interior de São Paulo, apontando para os entrelaçamentos discursivos, os desafios e as potencialidades dos profissionais da saúde que atuam neste local.

No presente artigo, foi realizado um recorte da pesquisa, adotando-se uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, configurando-se como um relato de campo. A pesquisa qualitativa busca compreender fenômenos a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos em seus contextos sociais, permitindo uma análise aprofundada das experiências vividas (Minayo, 2014).

Serão utilizados os dados coletados nas Entrevistas de Profundidade, metodologia desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividade e Educação (GEPSEd/USP) e os diários de campo que registraram as impressões da pesquisadora em suas visitas, registrando observações, vivências e interpretações do contexto, descrevendo as interações e buscando compreender os significados produzidos no contexto investigado (Wielewicki, 2001).

Para fins éticos, essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca - UNI-FACEF, sob o número do parecer 8.355.362. Sendo realizada em conformidade com as resoluções propostas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e a pesquisa foi autorizada pela Secretaria da Saúde.

Por fim, a relevância deste artigo se faz na reflexão acerca da atuação dos profissionais com o público adolescente, em especial as gestantes adolescentes, buscando mostrar as potencialidades e dificuldades observadas na pesquisa em andamento. Assim, busca-se oferecer subsídios à atuação profissional, a partir de um olhar crítico.

2. APRESENTAÇÃO DO TERRITÓRIO E CONTEXTUALIZAÇÃO

A Unidade Básica de Saúde selecionada foi indicada por docentes com conhecimento prévio das demandas regionais, sendo reconhecida como referência no atendimento à temática estudada. Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde, foi estabelecido contato com a coordenação da unidade para viabilizar a realização das observações.

A UBS em questão está localizada na região sul de uma cidade no interior de São Paulo e conta com um médico ginecologista voltado ao público gestacional que conta com o auxílio de residentes devido a alta demanda. O pré-natal é realizado por duas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A UBS é referenciada no atendimento de adolescentes em fase gestacional e atende não só o território mas pode absorver outras demandas da rede, caso seja necessário.

Foram realizadas observações semanais no período que compreende os meses de outubro de 2025 a março de 2026. As observações contaram com acompanhamentos aos atendimentos de gestantes até os 19 anos, observação na sala de espera, acompanhamento na pré-consulta, conversas informais com profissionais e adolescentes gestantes.

Além disso, foram realizadas cinco entrevistas com diversos profissionais que atuam dentro da UBS e que demonstraram interesse pela temática e disponibilidade em seu horário de trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados são análises preliminares de uma pesquisa em desenvolvimento conduzida pela autora. Foram selecionadas duas entrevistadas - a psicóloga e a enfermeira da Unidade Básica - conforme apresentado na Tabela 1. Tal seleção decorreu de uma análise prévia das entrevistas, realizada anteriormente à elaboração deste artigo.

Tabela 1 - Descrição das entrevistadas analisadas no presente artigo

Identificação	Idade	Raça	Formação e atuação
N.	27	Parda	Enfermagem Atualmente atua como enfermeira coordenadora da ESF
C.	69	Branca	Psicologia e atua como psicóloga na unidade

Fonte: elaborada pela autora.

As entrevistas foram gravadas e transcritas por meio da ferramenta de Inteligência Artificial *VozparaTexto*, escolhida em função de sua qualidade, fidelidade na transcrição e seu preço acessível.

Além disso, como parte do roteiro da Entrevista de Profundidade foram feitas anotações em relação aos aspectos observados durante as entrevistas, qual a formação, idade e identificação racial dos profissionais e o entendimento prévio sobre políticas públicas para, com vistas à descrição e contextualização dos participantes.

As entrevistas utilizaram *cartões temáticos*, isto é, foram apresentados cartões contendo frases, a partir das quais os profissionais deveriam expressar livremente suas associações. A partir dessas respostas, a pesquisadora tomava nota das palavras-chaves e elaborava perguntas direcionadas. Para fins de aquecimento e familiarização com o instrumento, foram apresentados dois *cartões fantasia* com as frases: “como me vejo daqui 10 anos”; e “se eu escolhesse outra profissão”.

Em seguida, eram apresentados os cartões temáticos, sempre na mesma ordem para todos os participantes. Os cartões foram: (1) Políticas Públicas e Adolescência”; (2) “Gravidez na adolescência e sociedade”; (3) Impactos da gravidez na adolescência”; e (4) Prevenção da gravidez na adolescência e situação atual”.

Ao final, todos os cartões foram disponibilizados aos entrevistados, sendo-lhes solicitado a indicar qual tema causava maior impacto e, por fim, qual palavra define o que eles sentiam em relação à temática “gravidez na adolescência”.

3.1 Construções discursivas dos profissionais sobre a gravidez na adolescência

A vivência dentro da UBS demonstrou que a demanda da gravidez na adolescência é recorrente visto que, em todas as semanas observadas, ao menos uma gestante até os 19 anos foi atendida pelo ginecologista responsável. Durante as observações, verificou-se que a maioria das adolescentes estava acompanhada, em geral, por suas mães. Esse achado corrobora a literatura, que aponta que, em muitos casos, a avó constitui importante rede de apoio, podendo até assumir a maternidade da criança (Lima; Silva, 2017).

Na entrevista realizada com a psicóloga da unidade, ela afirma que “a maioria das criancinhas que nascem, elas vão ser criadas por avós, né, entre os avós aí” (C.), isso condiz com as percepções de Lima e Silva (2017), visto que é vivenciado, pela psicóloga, crianças que têm os cuidados assumidos pela avó.

Na fase escolar, especialmente entre adolescentes que frequentam o Ensino Médio, a escola possui um papel muito importante no acolhimento destas meninas, visto que deve auxiliá-las nesta fase e instruí-las em relação aos seus direitos, como a licença maternidade, enviando as tarefas escolares a essa adolescente. Eutrópio (2024) afirma que a escola é um local protetivo, que não só dá espaço para a reflexão e o protagonismo juvenil, como também articula a rede de assistência ao adolescente.

Idealmente, dentro do território, escolas e UBSs deveriam trabalhar em conjunto, visto que a PNPS (Brasil, 2018) preconiza ações como a territorialização, o desenvolvimento de espaços de produção social, e tem por diretriz “o estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde” (p. 13), assim espera-se da UBS um trabalho articulado com as escolas, incentivando a manutenção das jovens no processo de escolarização e também orientando-as sobre seus direitos.

Todavia, observa-se que as vivências profissionais evidenciam um afastamento das instituições e também do exercício do papel profissional. Como observado na afirmação da psicóloga, “A sociedade não tem nenhuma obrigação de acolher, né, então é uma coisa de família, a família que tem que dar conta disso” (C.), tal concepção é distante do que preconiza a própria Constituição Brasileira (1988), que responsabiliza não só a família, como o Estado e a sociedade como

responsáveis pelos menores de idade. Sendo assim, espera-se o papel interventivo dos profissionais frente a situações de vulnerabilidade.

Além do mais, o senso comum, alinhado aos tabus, criam perspectivas contraditórias, visto que foi possível observar repressões internas entre os funcionários, dirigidas a mulheres muito jovens que estavam grávidas, assim como para as mais velhas (acima de 35 anos). Essas afirmações demonstram, o que Lima e Silva (2017) debatem, que “historicamente, a definição da identidade feminina foi biologicamente fundamentada, de modo que é pela capacidade reprodutora que as mulheres foram/são definidas” (p. 110). Evidencia-se assim, como a saúde da mulher é voltada estritamente para a reprodução, considerando que há uma idade ideal, (frequentemente inalcançável) para se reproduzir, sendo ou novas demais ou velhas demais.

A gravidez na adolescência decorre de vivências vulneráveis, socioeconômicas ou emocionais, dessa forma é preciso discutir sobre a promoção de saúde sexual com a população jovem, buscando conversar sobre o sexo seguro. Todavia, há um paradoxo na percepção dos profissionais, pois poucos sabiam explicar se havia educação sexual nas escolas e como isso era trabalhado. Porém, afirmam que as jovens possuem acesso à informação, mesmo não citando de onde elas tinham isso. Isso pode ser percebido a partir da fala de N., ao afirmar que “elas sabem de tudo, mas mesmo assim engravidam”.

Partindo disso, percebe-se que há uma compreensão de que a gravidez na adolescência pode acontecer para além do acesso a informação, já que ela é motivada também, pela situação social da jovem. Martins (2021), afirma que há o desejo e que “as mulheres, em especial as mais pobres, [...] abdicam de seus projetos de vida, trabalho e renda como um desdobramento de sua condição feminina” (p.75), vivenciando na adolescência não só um mero descuido, mas influências sociais que as designam para um único futuro: o de ser mãe.

Além do mais, a identidade é apontada como um fator muito importante dentro da gravidez na adolescência. Visto que, como parte do desenvolvimento do adolescente, como pontua Schoen-Ferreira, Azinar-Farias e Silveiras (2003), a identidade é construída nessa fase da vida, assim Lima e Silva (2017) alertam que o tornar-se mãe pode ser visto como a consolidação de uma

identidade, para essas jovens. Entretanto, em nenhum discurso analisado foi apontado a compreensão subjetiva da gravidez, desta forma.

A literatura aponta que a gravidez na adolescência “é uma questão desafiadora, uma vez que esta situação pode restringir ainda mais as questões educacionais da mãe” (Sandri; Pinto, 2025, p.4). Porém, a visão individualista, predominante no mundo capitalista e competitivo, pode impedir de que haja intervenções necessárias, dentro dos equipamentos de saúde e do que se entende por Promoção da Saúde, como trazem as diretrizes do PNPS (Brasil, 2018), em muitos casos colocando só a família como culpada ou responsável pelo jovem.

É possível observar nas entrevistas que há um distanciamento do que se entende por políticas públicas, pois foi colocado que “antes de entrar o público, precisa entrar o privado” (C.), justificando que seria um dever da família educar e mitigar esse problema. Entretanto, é preciso refletir que a gravidez precoce faz parte da vivência de famílias que vivem em um ciclo de pobreza e muitas vezes não conseguem orientar os menores por diversos motivos, como falta de informação ou de disponibilidade.

Por fim, é identificado em seus discursos de que há a compreensão, indiscutível, de que a educação dessas jovens e por consequência seu egresso no mercado de trabalho, são prejudicados pela gravidez afirma-se que “vai atrapalhar demais os estudos, ela vai deixar de viver coisas tão legais que é da adolescência” (C.).

Tal compreensão é unânime entre todos os profissionais e condiz com a realidade das gestantes, pois o abandono dos estudos ou interrupção, prejudica seu ingresso no mercado de trabalho e a impede de sair do ciclo da pobreza e ascender socialmente (Martins, 2021).

3.2 Limites e possibilidades na atenção à saúde da mulher adolescente na atenção básica

A Saúde da Mulher, como eixo temático do SUS, é compreendida a partir das diretrizes do PAISM (Brasil, 2004), este documento constitui em fornecer as diretrizes necessárias para o atendimento ao público feminino, entretanto, houve

uma construção social que reduz a saúde da mulher apenas ao ato de reproduzir (Costa; Bahia; Conte, 2007).

Nas observações realizadas na UBS, foi possível constatar que essa visão ainda não foi totalmente diluída no imaginário dos profissionais. Durante as observações foram raros os momentos em que se observou a gestante, seja ela adolescente ou não, vista, clinicamente, para além dessa condição. Quando pensando no público adolescente, pouco se discutia com a jovem como estava sendo a receptividade da sua gestação, se ela estava frequentando a escola ou se tinha uma rede de apoio sólida.

Em alguns momentos, principalmente nas entrevistas, observou-se um distanciamento por parte dos profissionais de assuntos que não eram, especificamente, de sua alçada. Em sua maioria alegavam não condizer com sua área. Todavia, como atuantes do SUS (Brasil, 1990), que preconiza a integralidade, não só do paciente como da rede, observa-se uma atuação já alienada e mecanizada.

Araújo *et al* (2021), discute como a atuação do profissional de enfermagem deve buscar uma postura emancipatória do adolescente, além de vinculá-lo ao serviço. Além disso, por ser o profissional que, na maioria dos casos, realiza os pré-natais, pode ser um importante agente de saúde no mapeamento das vulnerabilidades de cada usuária, encaminhando-as a serviços especializados.

A enfermeira entrevistada afirma que há uma procura atual por atendimento psicológico, ela coloca que “a gente tem observado que elas têm aderido com mais frequência [o pré-natal]. Até mesmo elas mesmo vêm procurando um atendimento psicológico” (N.). A busca por esses serviços reafirma que não é preciso só informar o que é atendimento psicológico, mas é preciso articular para que haja acesso e isso é um papel do profissional da saúde.

A atuação com o público adolescente apresenta algumas dificuldades, entre elas a escassez de programas, dentro da saúde, voltadas a esse público. No cartão *temático* “Políticas Públicas e Adolescência”, uma das palavras evocadas foi “defasado” (N.), o que demonstra a falta de especificidades para essa faixa etária instruindo em como promover campanhas que busquem vinculá-los com instituições dentro do seu território.

Observa-se que há um olhar crítico até para o seu próprio processo de formação. Pois a profissional afirma que em sua graduação não estudou nada específico voltado para a adolescência, como é o caso da enfermeira N. Diversas pesquisas apontam para falta de formação profissional como um dos problemas que desafiam a aproximação do profissional com a temática (Oliveira *et al*, 2023).

Por fim, nas observações, visitas, entrevistas e vivências dentro da UBS, é possível afirmar que a visão adultocêntrica dificulta a aproximação dos profissionais dos adolescentes, impedindo de olhar para as potencialidades de cada um e tratar suas problemáticas como tais. Eutrópio (2024), afirma que isso impede uma vinculação protetiva para esse adolescente, que deixando de ser criança, mas ainda não sendo adulto, necessita de mediadores que busquem dar voz e protagonismo para seus desejos e dores, como coloca as Diretrizes Nacionais Para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010).

Além disso, Sena Filha e Castanha (2014) afirmam que a percepção dos profissionais sobre a gravidez na adolescência, justificado por desinformação e falta de responsabilidade, demonstra uma visão rasa para um problema multifacetado. Isso se distancia do que é observado na prática, pois na verdade há um desejo e uma enorme vulnerabilidade dessa população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir parcialmente, que a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública no Brasil, que precisa ser olhado conforme suas complexidades, buscando compreendê-lo com um olhar biopsicossocial com as adolescentes gestantes.

A vivência no equipamento de saúde mostrou que existe uma demanda expressiva e constante, sendo necessário capacitar a rede para acolher essas jovens de modo a auxiliá-las em suas diversas necessidades.

A UBS, como porta de entrada do SUS, deve ser também um espaço de escuta das vulnerabilidades e orientação dos direitos das adolescentes, como preconiza o PNPS em relação à intersectorialidade. Em linhas gerais, o psicólogo dentro da Atenção Básica deve atuar junto dessas problemáticas, analisando a demanda do território e promovendo ações que buscam trabalhar com a população.

O profissional da enfermagem, em um contato mais direto com as adolescentes durante o pré-natal, pode construir vínculos que abrem caminhos para que a jovem possa frequentar com mais assiduidade a Atenção Básica, podendo receber um atendimento multiprofissional que a auxilia não apenas na sua gestação, como no seu pleno desenvolvimento.

Além do mais, é preciso olhar para as potencialidades da equipe que busca por conhecimento para além da sua graduação, buscando conscientizar os demais agentes de saúde. A inclusão da família, não como responsável mas como vítima deste problema, também é algo que pode ser trabalhado dentro dos atendimentos nas unidades e em grupos nas salas de espera.

Por fim, é possível concluir que ainda há muitos avanços necessários no discurso enraizado em tabus que advém do senso comum, principalmente sobre o que motiva meninas jovens a engravidar. Assim, seria possível uma maior aproximação com sensibilidade e clareza, evitando julgamentos que impedem a luta pela diminuição desse fenômeno que interfere na permanência de situações vulneráveis no cotidiano dessas famílias.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. G. D. et al. Gravidez na adolescência: percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem. **Enferm Foco**. [s.l], v. 13, [s.n], p. e-202369, out. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/gravidez-na-adolescencia-percepcao-dos-enfermeiros-sobre-a-assistencia-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2026.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 abr. 2024.

_____. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da família e dos Direitos Humanos., 1990. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwifoumFjd6EAXVBpZUCHW0XBTsQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww2.senado.leg.br%2Fbdsf%2Fbitstream%2Fhandle%2Fid%2F534718%2Feca_1ed.pdf&usg=AOvVaw2it9xJrl3dvfbqZoc3vMUJ&opi=89978449. Acesso em: 12 jun. 2025

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o**

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 abr. 2026.

_____. Lei nº 9.263, 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que **trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 09 dez. 2025.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 09 dez. 2025.

_____. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em 16 dez. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em 21 abr. 2024.

CALLIGARIS, C. **A adolescência.** Publifolha: São Paulo, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde.** Brasília: CFP, 2019.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75, 2007, p. 13-24.

EUTRÓPIO, A. C.. **Adolescências: diálogos transformadores.** Belo Horizonte: Nós e voz, 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Guia de dicas de políticas públicas - edição 2017-2020.** Brasil: UNICEF, 2017. Disponível em: <https://selounicef.org.br/sites/default/files/2018-07/Guia%20de%20Dicas%20de%20Políticas%20Publicas.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2026.

LIMA, A. C. B.; SILVA T. L. M. Gravidez na adolescência: repercussões deste fenômeno na construção da identidade. *In*: NEVES, L. R.; RAMOS, C. E. (Orgs.). **Psicologia: relatos e experiências**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2017. cap. 5, p. 109 - 126.

MARTINS, A. D. C. **Gravidez na adolescência**: entre fatos e estereótipos. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, C. C. S. et al. Gravidez na adolescência e os desafios para Equipe de Saúde da Família (ESF) - revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 9,n.1, p. 5481-5495, jan. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/56813>. Acesso em: 29, jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization, 1946.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. [s.L.]: ONU, 2015. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 16 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation**. Washington, D.C., USA, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 19 de mar. 2024.

PATRÍCIO, P. B. D. S.; SILVA, L. G. D; JÚNIOR, H. M. P. L. Gravidez na adolescência, riscos e desafios encontrados pela enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE**. São Paulo, v. 10, n. 9, p. 1799 - 1806, set. 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15568>. Acesso em: 8 jan. 2026.

RODRIGUES, M. M. A. Estudos das políticas públicas: modelos e conceitos. *In*: _____. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010 (Folha Explica).

SANDRI, I. A.; PINTO, B. K. Impactos maternos da gravidez na adolescência: estudo qualitativo, exploratório e descritivo. **Revista saúde UNG - ser educacional**. [s.l.], v. 19, n. 2, p. 1-10, 2025. Disponível em: <https://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/5126/4411>. Acesso em: 19 jan. 2026.

SANTOS, M. A. P. D. et al. O papel do enfermeiro na prevenção da reincidência da gravidez na adolescência: desafios e estratégias. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências**

e Educação -REASE. São Paulo, v. 11, n. 5, p. 2500 - 2508, maio. 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19048>. Acesso em: 29 jan. 2026.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. D. M. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia.** Natal, v.8, n. 1, p. 107-115, Abr. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/X5DFFZCZsb4pmrLchTsQVpb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2026.

WIELEWICKI, Vera Helena Gomes. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum.** Maringá, v. 23, n. 1, p. 27-32, 2001. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_etnografica.pdf> Acesso em: 7 mai. 2024.

O QUE TE FAZ SER DOADOR: fatores que estimulam e impedem a doação de sangue

Camilli Buzo da Silva
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
camilibuzo525@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz
Doutora em Saúde na Comunidade e docente do curso de Medicina–
Uni-FACEF
anacarolinabraz@facef.br

1. INTRODUÇÃO

Foi no ano de 1667 que foram realizadas as primeiras experiências de doação de sangue em humanos, realizadas por Jean Baptiste Denis, médico francês (DE SOUSA, 2015). Já no Brasil, o primeiro relato de transfusão sanguínea bem-sucedida foi realizado em 1916, na Bahia, pelo professor baiano Garcez Fróes. (JUNQUEIRA, 2005). A doação de sangue é uma prática alinhada aos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), já que representa um comportamento de solidariedade e cidadania, sendo uma prática voluntária e anônima, sem nenhum tipo de remuneração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No Brasil os critérios para a doação de sangue são estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para garantir a segurança tanto do doador quanto do receptor da transfusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Para isso, o doador deve ter idade entre 16 e 69 anos, documento de identificação com foto, pesar no mínimo 50 kg, ter dormido pelo menos 6 horas nas últimas 24 horas e estar alimentado. Dessa forma, a doação de sangue é uma prática que beneficia não apenas os receptores, mas também os próprios doadores, além da satisfação pessoal e do senso de solidariedade, a doação está associada a benefícios indiretos à saúde, como o estímulo a bons hábitos de vida para estar apto a doar (SU, 2024).

Na atualidade, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, apenas 1,4% da população brasileira doa sangue regularmente, o equivalente a 14 doadores a cada mil habitantes. Esse número é considerado preocupante, já que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a taxa ideal de doadores seja de

3% a 5% da população de cada país (OMS, 2013). O sangue é classificado pelos sistemas ABO (A, B, AB e O) e Rh (positivo e negativo), sendo que no Brasil, os tipos O e A são os mais comuns, abrangendo cerca de 87% da população, com predominância do O positivo, o mais utilizado (SANTOS, 2017). Já o tipo O negativo é conhecido como “doador universal”, podendo ser transfundido em pessoas de qualquer outro grupo sanguíneo, por esse motivo é amplamente utilizado em situações emergenciais, quando não há tempo hábil para realizar a tipagem sanguínea. Entretanto, apenas cerca de 9% da população brasileira possui esse tipo sanguíneo, diante disso, é de extrema importância incentivar a doação entre essas pessoas. (SANTOS, 2017).

Dessa forma, é fundamental compreender os fatores que levam à recusa da doação de sangue, a fim de realizar intervenções eficazes. Um estudo da Abbot (2021) revelou que, embora os brasileiros reconheçam a importância de doar, muitos não compreendem o processo, sendo a falta de informação o principal motivo para a recusa. Por outro lado, as motivações para a doação envolvem tanto fatores intrínsecos, como o altruísmo e o desejo de ajudar o próximo. (PEREIRA, 2016). Esses elementos mostram que a decisão de doar sangue é multifatorial, influenciada por crenças e aspectos socioculturais, mas ainda marcada por dúvidas e desinformação.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Identificar os fatores que estimulam e os que dificultam a doação de sangue em um município do interior do estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento da população sobre a doação de sangue;
- Identificar quais fatores estimulam a população a doar sangue;
- Descrever quais fatores dificultam a população a doar sangue;

- Desconstruir falsas informações sobre a doação de sangue que dificultam a população de doar
- Captar e fidelizar mais doadores para o hemocentro local

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Definição do tipo e cenário de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa acerca dos fatores que estimulam e dificultam a doação de sangue. O presente estudo será realizado com a população de uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo, com uma população atual de aproximadamente 352 mil habitantes de acordo com o último censo realizado pelo IBGE.

As informações estão colhidas através de uma pesquisa de campo, em que os critérios de inclusão são: doadores regulares; pessoas que nunca doaram e afirmam que não pretendem doar sangue; doadores em potencial, que incluem tanto aqueles que já doaram alguma vez, mas deixaram de fazê-lo, quanto os que nunca doaram mas demonstram disposição para doar no futuro, a participação estará condicionada à manifestação de concordância com o estudo e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão envolvem indivíduos que são sabidamente limitados a doarem sangue por critérios clínicos já estabelecidos na literatura, que possam colocar em risco o paciente, como doença de chagas, ou o próprio doador de sangue, como epilepsia, diabetes e cardiopatias.

Os dados estão sendo coletados em locais públicos da cidade de Franca-SP, como pontos de ônibus, shopping e locais de grande circulação de pessoas, onde as pessoas serão abordadas e convidadas a participar da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão previamente estabelecidos. As pessoas que aceitarem participar receberão um QR Code, por meio do qual poderão acessar e responder ao questionário de forma prática e segura, preservando o anonimato, após assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os riscos que a pesquisa oferece durante a participação, são mínimos, podendo gerar algum cansaço pelo tempo, estimado de 5 a no máximo 10 minutos para responder às questões. Com relação aos benefícios da pesquisa, destaca-se a

importância de maior compreensão sobre a motivação para doação de sangue, bem como os fatores que dificultam pode contribuir para elaboração de campanhas mais efetivas no sentido de aumentar a captação de doadores para o hemocentro local, bem como fidelização dos mesmos contribuindo para maior segurança transfusional aos pacientes receptores dos hemocomponentes.

3.2 Análise de dados

Os dados da pesquisa de campo serão analisados de forma quantitativa usando o programa Statistics 12.0. Serão aplicadas técnicas de estatística descritiva para sintetizar os dados: frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão) para variáveis numéricas, proporcionando uma visão geral dos resultados.

3.3 Aspectos éticos

Seguindo à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que considera o respeito pela dignidade humana e proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde sendo aprovado com o CAAE 93523825.5.0000.5384.

É importante ressaltar a obrigatoriedade da assinatura do TCLE por todos os participantes da pesquisa. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, relacionados ao desconforto em responder alguma pergunta do questionário ou o tempo de finalização do mesmo, previsto em 5 a 10 minutos. Em relação aos benefícios desta pesquisa, destaca-se a contribuição em conhecer fatores que estimulam e dificultam as pessoas de doarem sangue para propor medidas mais assertivas capazes de estimular as pessoas a realizarem doações de sangue ou manterem sua frequência de doação.

4. PLANO DE TRABALHO

Na primeira etapa, será elaborado um questionário por meio da plataforma Google Formulários, com o objetivo de investigar o conhecimento prévio da população acerca da doação de sangue. A intenção é identificar possíveis lacunas no acesso à informação sobre o tema, bem como compreender os fatores que motivam ou dificultam a decisão de doar.

Posteriormente, será iniciada a pesquisa de campo, após a definição dos locais públicos que servirão como cenário do estudo, a população frequentadora desses espaços será convidada a participar da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão previamente estabelecidos. As pessoas que aceitarem participar receberão um QR Code, por meio do qual poderão acessar e responder ao questionário de forma prática e segura, preservando o anonimato. Por fim, serão realizadas atividades públicas de conscientização, visando sanar dúvidas da população sobre a doação de sangue, esclarecendo mitos e verdades, incentivando esse ato de cidadania para captar ainda mais doadores para o hemocentro da cidade.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A hemoterapia no Brasil

A hemoterapia brasileira somente veio a caracterizar-se como especialidade médica na década de 1940, quando surgiu o primeiro Banco de Sangue do País, em 1941, no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, ligado ao esforço de guerra. Em 1942, foram fundados dois outros serviços no Brasil: o Banco de Sangue da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o Banco de Sangue do Pronto-Socorro do Recife, em Pernambuco. No ano seguinte, 1943, a Universidade de São Paulo cria o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas. Já em 1944, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o Banco de Sangue do Distrito Federal (BRASIL, 2013).

Dois eventos importantes para o fortalecimento da hemoterapia brasileira ocorreram na década de 1940:

a) o 1º Congresso Paulista de Hemoterapia, em 1949, presidido por Carlos da Silva Lacaz, que congregou profissionais de vários estados da Federação, os quais, no ano seguinte, fundaram a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia;

b) também em 1949 foi criada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue do Rio de Janeiro, que veio a transformar-se em entidade nacional.

Ao contrário da Europa, o sistema transfusional brasileiro baseava-se na doação remunerada: doadores dos bancos de sangue públicos e privados recebiam pagamento. A prática favorece a proliferação dos bancos de sangue privados que traz, em seu bojo, o recrutamento de pessoas doentes, alcoólatras, mendigos e anêmicos. Contra ela, insurge-se a Associação de Doadores Voluntários de Sangue (ADVS), dirigida por Carlota Osório – uma incansável batalhadora da causa pela doação não remunerada e da distribuição gratuita de sangue pelo Estado para quem precisasse (RIBEIRO, 2011).

A associação posicionava-se contra a remuneração pela doação de sangue, prática comum nos bancos de sangue da época, por compreender que o ato de doar deveria representar um gesto de solidariedade e altruísmo, e não uma atividade com fins lucrativos. A regulamentação sobre o tema teve início com a promulgação da Lei Federal nº 1.075, de 27 de março de 1950, a primeira norma a tratar oficialmente da doação de sangue no país. Essa lei buscava estimular a doação voluntária ao conceder aos servidores públicos um dia de folga quando realizassem a doação de sangue em instituições estatais ou paraestatais. Dessa forma, o espírito da lei já indicava que a provisão de sangue, para transfusões no Brasil, deveria ser de natureza altruísta e de responsabilidade da comunidade. Ou seja: sem saber quem são os receptores e sem uma compensação financeira direta, aqueles que podem, devem doar sangue para aqueles que precisam, contribuindo, portanto, para que o ato da doação seja um componente altruísta em qualquer sistema hemoterápico (BRASIL, 2013).

Dentre as legislações vigentes no Brasil relacionadas à prática hemoterápica, destaca-se a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Essa portaria reúne e consolida as normas que regulamentam as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Anexo IV – Do Sangue, Componentes e Derivados, institui-se o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, cujo objetivo é padronizar e orientar todas as etapas da atividade hemoterápica no país, em consonância com os princípios da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados. O regulamento abrange a captação de doadores, proteção ao doador e ao receptor,

coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, hemocomponentes e hemoderivados. Sua observância é obrigatória para todos os órgãos e entidades públicas e privadas que realizam atividades hemoterápicas no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).

De maneira geral, a portaria estabelece que a doação de sangue deve ser um ato voluntário, altruísta e não remunerado. Determina ainda que o candidato à doação seja acolhido sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. A triagem clínica deve priorizar a segurança do receptor, mas deve ser realizada sem discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, hábitos de vida, profissão, condição socioeconômica, cor, etnia ou qualquer outro fator que represente julgamento de valor, preservando igualmente a segurança do doador. A portaria define também que as ações de vigilância sanitária, controle de qualidade e vigilância epidemiológica associadas à hemoterapia são de responsabilidade dos órgãos de apoio do SINASAN, cabendo-lhes estabelecer normas específicas para essas atividades. Além disso, reforça que as entidades que executam práticas hemoterápicas devem cumprir, conjuntamente, os requisitos sanitários estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o funcionamento dos serviços de hemoterapia (SILVA, 2015).

5.2 Programa nacional do sangue e hemoderivados

O Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-sangue) foi criado pela Portaria Interministerial nº 07, de 30 de abril de 1980, representando a primeira ação direta e coordenada para o setor por parte do governo e passou a ser dirigido por uma Coordenação Técnica, subordinada à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, possuindo como objetivos: implantar e sistematizar uma rede de unidades executoras (22 hemocentros); adotar, sistematicamente, a prática da doação voluntária não remunerada do sangue; implantar meios de assegurar a manutenção dos hemocentros; incentivar o desenvolvimento de tecnologia nacional; promover o ensino e a pesquisa científica relacionados com o sangue e seus produtos; assegurar a qualidade dos produtos hemoterápicos, exercendo de forma global e rigorosa a fiscalização da atividade; regularizar a distribuição e a utilização do

sangue e hemoderivados; criar veículo de divulgação (hemoinformativo) para distribuição em nível nacional (BRASIL, 2000).

O Pró-Sangue também foi responsável por organizar o Sistema Hemoterápico Nacional, estruturando uma rede de hemocentros nas principais cidades do país com o objetivo de implementar a política nacional de sangue em todas as unidades federativas. Com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), esses hemocentros — vinculados às secretarias estaduais de Saúde ou às universidades — passaram a ser reconhecidos como serviços especializados de nível terciário ou quaternário, atuando de forma articulada dentro do sistema público de saúde (BRASIL, 2000).

5.3 Desafios enfrentados

O surgimento da Aids, na década de 1980, afetou consideravelmente a situação da hemoterapia brasileira. O grande número de casos de contaminação pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) devido a transfusões repercutiu na sociedade, o que levou as personalidades, como o escritor Henfil e o seu irmão Betinho, a liderarem o movimento contra a condição de grande dano da hemoterapia no Brasil. Assim, *culminando na proibição definitiva da doação remunerada*. A Constituição de 1988 inclui o artigo 199, proibindo toda e qualquer forma de comercialização do sangue ou de seus derivados, luta liderada pelo cartunista e escritor mineiro Henfil, que cunha, com o irmão Betinho, o mote que empolga a opinião pública: "Salvem o sangue do povo brasileiro". Henfil, que era hemofílico e, como tal, politransfundido, acabou morrendo de Aids em 1989. A Lei Federal n.º 10.205, promulgada em março de 2001, regulamenta o parágrafo 4 do artigo 199 (BRASIL, 2001).

A partir deste episódio, criou-se também o PLANASHE, com o objetivo de assegurar que o sangue e seus derivados, usado para fins terapêuticos, não se constituirá em veículo de patologias nem será objeto de interesses mercantis, sendo dever do Estado estabelecer as condições institucionais indispensáveis às ações cooperativas dos setores público e privado no concernente ao disposto na legislação, à aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos atualizados e à

criação e gestão do sistema nacional de sangue e hemoderivados (BRASIL, 1988, p. 7).

5.4 Anticorpos aos grupos sanguíneos

Os grupos sanguíneos são importantes na transfusão de sangue, uma vez que os indivíduos com falta de um antígeno de grupo sanguíneos podem produzir anticorpos contra esse antígeno, com possibilidade de causar reação transfusional. Os antígenos dos diversos grupos sanguíneos têm significado clínico variável, com os grupos ABO e RH sendo os de maior importância.

Os antígenos dos grupos sanguíneos ABO são diferentes dos demais, porque há anticorpos, de ocorrência natural, no plasma das pessoas que não possuem o antígeno correspondente e que nunca tiveram contato com ele por meio de transfusão ou gestação prévias. Sendo os mais importantes o anti-A e anti-B (HOFFBRAND, 2018).

A hemaglutinação é a reação mais evidente do encontro entre antígenos e anticorpos, podendo ser classificada como:

a-) Direta: quando o anticorpo reage imediatamente com o antígeno presente nas hemácias, unindo-as em agregados visíveis a olho nú.

b-) Indireta: quando há necessidade de um terceiro anticorpo fazendo a ponte entre as hemácias previamente sensibilizadas com o anticorpo primário

No caso da aglutinação direta normalmente o anticorpo envolvido é da classe IgM que devido a sua conformação de pentâmero possui até 10 sítios de ligação para o antígeno permitindo a ligação entre diferentes hemácias. Já a aglutinação indireta, os anticorpos são da classe IgG, os quais apresentam forma monomérica, possuindo no máximo dois sítios de ligação, assim, podem ocorrer dificuldades em formar ligações entre duas hemácias apresentando o mesmo antígeno (BORELLI, 2024).

5.5 Sistema ABO

O sistema ABO consiste em dois antígenos, A e B, produtos indiretos dos alelos A e B. Estes alelos codificam enzimas que adicionam açúcares específicos em uma substância precursora, presente na membrana eritrocitária. Esta

substância precursora também é formada pela adição de açúcares na membrana eritrocitária e recebe o nome de antígeno H (pertencente ao Sistema H) (BORELLI, 2024).

O alelo H codifica a enzima fucosil-transferase, que adiciona o açúcar fucose em uma cadeia de açúcares já presentes na membrana eritrocitária. Adicionalmente, o alelo A codifica a enzima N-acetilgalactosaminil-transferase, que adiciona o açúcar N-acetilgalactosamina ao antígeno H já formado, dando origem ao antígeno A. O Alelo B codifica a enzima galactosil-transferase que adiciona o açúcar D-galactose ao antígeno H, dando origem ao antígeno B. Um terceiro alelo, O, não codifica nenhuma enzima, deixando na membrana eritrocitária somente a substância precursora com o antígeno H (BORELLI, 2024).

O alelo O é recessivo em relação aos alelos A e B. Assim, existem quatro fenótipos possíveis, A, B, AB e O. O fenótipo A pode ser resultado do genótipo A/A ou A/O; o fenótipo B pode ser resultado do genótipo B/B ou B/O; o fenótipo AB, do genótipo AB; e o fenótipo O, do genótipo OO. Diferentemente dos outros grupos sanguíneos, indivíduos com ausência dos antígenos A e/ou B produzem anticorpos "naturais" anti-A e anti-B. Assim, indivíduos do grupo A possuem anticorpos anti-B no seu soro, indivíduos do grupo B possuem anti-A, indivíduos do grupo AB não possuem anticorpos ABO e indivíduos do grupo O possuem anticorpos anti-A e anti-B no seu soro (BORELLI, 2024).

5.6 Sistema RH

O locus do grupo sanguíneo RH é composto de dois genes estruturais relacionados, RhD e RhCE, os quais codificam proteínas de membrana que têm os antígenos D, Cc e Ee. O gene RhD pode estar presente ou ausente, resultando nos fenótipos Rh D+ e RhD-. Os anticorpos Rh raramente ocorrem de forma natural, de modo que são anticorpos imunes, isto é, resultam de sensibilização por transfusão ou gravidez anterior. Anti-D é responsável pela maior parte dos problemas clínicos associados ao sistema, e uma subdivisão simples dos indivíduos em RhD+ e RhD- usando soro Anti-D, é suficiente para fins clínicos (HOFFBRAND, 2018).

5.7 Requisitos para doação de sangue

A história da doação de sangue no Brasil acompanha a organização do sistema de hemoterapia e a consolidação de normas que garantem a segurança transfusional e a promoção da saúde pública. Nos primeiros tempos, a doação era pouco regulamentada e, muitas vezes, remunerada, sem critérios técnicos de seleção dos doadores (MARTINS, 2017).

O primeiro marco legal foi a Lei Federal nº 1.075, de 27 de março de 1950, que estabeleceu o incentivo à doação voluntária, concedendo um dia de folga aos servidores públicos que realizassem a doação de sangue em instituições públicas. Apesar de representar um avanço, a lei não estabelecia critérios clínicos ou laboratoriais, e a prática da doação ainda carecia de padronização e controle. Na década de 1980, o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pró-Sangue, criado pelo Ministério da Saúde, promoveu a organização da rede de hemocentros nas principais cidades do país e passou a estimular a doação voluntária e não remunerada, alinhando-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), os hemocentros tornaram-se serviços especializados de nível terciário ou quaternário, vinculados às secretarias estaduais de saúde ou universidades, consolidando a infraestrutura do sistema hemoterápico brasileiro (BRASIL, 1950).

Em 1993, a Portaria nº 1.376/1993 instituiu o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, definindo pela primeira vez critérios clínicos e laboratoriais para a seleção de doadores, como idade mínima e máxima, peso, estado de saúde, exames laboratoriais e intervalos entre doações. Essa regulamentação garantiu maior segurança ao processo de doação e à transfusão de sangue. O arcabouço legal foi reforçado com a Lei nº 10.205, de 2001, que criou o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), conferindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade de supervisionar, coordenar e regulamentar todas as atividades relacionadas à coleta, processamento e transfusão de sangue no país. A consolidação da normativa atual ocorreu com a Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, que estabelece de forma detalhada os requisitos clínicos, laboratoriais e de biossegurança para doadores, incluindo idade (18 a 69 anos), peso mínimo (50 kg), triagem clínica e exames sorológicos obrigatórios, intervalos entre doações (60 dias para homens e 90 dias para mulheres) e a

proibição de remuneração, mantendo a doação como ato voluntário e altruísta (BRASIL, 1993).

Atualmente, o sistema de doação de sangue no Brasil é organizado, seguro e alinhado às normas internacionais. Ele garante que a doação seja um ato voluntário, gratuito e seguro, protegendo tanto o doador quanto o receptor, consolidando o compromisso do país com a saúde pública e a qualidade da hemoterapia. Estar em boas condições de saúde, ter entre 16 e 69 anos, desde que a primeira doação tenha sido feita até 60 anos, pesar no mínimo 50kg, estar descansado (ter dormido pelo menos 5 horas nas últimas 24 horas), estar alimentado (evitar alimentação gordurosa nas 4 horas que antecedem a doação), e apresentar documento original com foto recente, que permita a identificação do candidato, emitido por órgão oficial (RG - Carteira de Identidade física ou cópia autenticada; RG - Carteira de Identidade digital; CNH - Carteira Nacional de Habilitação física, com foto e filiação; CNH - Carteira Nacional de Habilitação digital, com a presença do QR Code), são os requisitos básicos para a doação de sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

5.8 Impedimentos temporários a doação de sangue

O impedimento temporário se relaciona a condições que suspendem a doação por um período, mas permitem que a pessoa doe no futuro (FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE, 2025).

1. Por 48 horas: se recebeu vacina preparada com vírus ou bactéria mortos, toxóide ou recombinantes. Ex.: cólera, poliomielite, difteria, tétano, febre tifóide (injetável), meningite, coqueluche, pneumococo, ou se recebeu vacina contra gripe.
2. Por sete dias: se teve diarreia, após terminarem os sintomas de gripe ou resfriado, após a cura de conjuntivite, extração dentária (verificar uso de medicação) e tratamento de canal (verificar medicação).
3. Por duas semanas: após o término do tratamento de infecções bacterianas (uso de antibióticos), após a cura de rubéola, após a cura de erisipela

4. Por três semanas: após cura de caxumba ou varicela
5. Por quatro semanas: se recebeu vacina de vírus ou bactérias vivos e atenuados. Ex.: poliomielite oral (Sabin), febre tifóide oral, caxumba, febre amarela, sarampo, BCG, rubéola, catapora, varíola, etc, se recebeu soro antitetânico, após a cura de dengue, cirurgia odontológica com anestesia geral, após o retorno, quem esteve em região onde há surto de Febre Amarela, após o retorno, se esteve em viagem para o exterior, se esteve nos estados brasileiros com alta prevalência (como Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima, Maranhão, Mato Grosso, Pará e Tocantins) ou em países endêmicos para malária.
6. Por oito semanas: após uma doação de sangue. Esse período deve ser ampliado para 16 semanas se houve doação dupla de hemácias por aférese.
7. Por doze semanas (somente para mulheres): após uma doação de sangue esse período deve ser ampliado para 24 semanas se houve doação dupla de hemácias por aférese, após parto normal ou abortamento
8. Por três meses: se foi submetido a apendicectomia, hemorroidectomia, hernioplastia, ressecção de varizes, amigdalectomia, se utilizou medicamento via oral para prevenir infecção pelo HIV (PrEP ou PEP).
9. Por 6 meses: **por 6 meses:** se submetido a uma cirurgia de médio porte, como por exemplo: colecistectomia, histerectomia, tireoidectomia, qualquer procedimento endoscópico (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, rinoscopia, etc.), se teve Febre Amarela, se colocou brinco, fez piercing com material descartável e em estabelecimento apropriado (se realizado em cavidade oral ou genital, ver item abaixo), se teve contato sexual em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais, se recebeu uma transfusão de sangue, plasma, plaquetas ou hemoderivados, detido por mais de 72 horas,

acidente se contaminando com sangue de outra pessoa, acidente com agulha já utilizada por outra pessoa, contato sexual com pessoa que tenha recebido transfusão de sangue, se recebeu enxerto de pele, contato sexual com alguma pessoa com AIDS ou com teste positivo para HIV, contato sexual com usuário de droga endovenosa e se teve relação sexual com pessoa com hepatite.

10. Por 12 meses: Se fez tatuagem, maquiagem definitiva ou micropigmentação (sobrancelhas, lábios etc.) em estabelecimento não adequado e sem os cuidados necessários (asepsia correta e material descartável); se feitos em estabelecimento adequado, apto após 6 meses, se fez piercing em região com mucosa (cavidade oral ou genital): apto a doar após 12 meses da retirada do piercing, devido ao risco permanente de infecção, se recebeu enxerto de pele, se teve contato sexual com alguma pessoa com AIDS ou com teste positivo para HIV, se teve contato sexual com usuário de droga endovenoso, se teve relação sexual com pessoa com hepatite, se teve malária
11. Por cinco anos: após a cura de tuberculose pulmonar.

5.9 Impedimentos permanentes a doação de sangue

Os impedimentos permanentes para doação de sangue são condições que tornam a pessoa inelegível para doar por tempo indefinido, devido ao risco de transmissão de doenças ou comprometimento da saúde do doador. Esses impedimentos visam proteger tanto o receptor do sangue quanto o próprio doador (FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE, 2025):

1. Teste positivo para HIV: o vírus da imunodeficiência humana é transmitido pelo sangue, representando risco de infecção grave para o receptor.

2. Hepatite após os 11 anos de idade: hepatites virais podem se tornar crônicas, sendo potencialmente transmissíveis pelo sangue.
3. Doença de Chagas: a fase crônica da doença pode manter o parasita no sangue, com risco de transmissão.
4. Recebimento de enxerto de dura-máter: historicamente, enxertos de dura-máter foram fontes de transmissão de doenças neurológicas, como a doença de Creutzfeldt-Jakob.
5. Histórico de câncer, incluindo leucemia: células cancerígenas podem ser transmitidas via transfusão; o risco é inaceitável.
6. Problemas graves de pulmão, coração, rins ou fígado: essas condições comprometem a capacidade do doador de tolerar a doação e representam risco à própria saúde.
7. Distúrbios de coagulação sanguínea: doadores com problemas de coagulação correm risco de hemorragia durante ou após a doação.
8. Diabetes com complicações vasculares ou uso de insulina: esses casos indicam risco aumentado de eventos adversos para o doador e complicações na transfusão.
9. Tuberculose extra-pulmonar: formas ativas ou disseminadas da doença podem ser transmissíveis e indicam fragilidade do doador.
10. Elefantíase: doença crônica causada por filariose que compromete a circulação linfática e indica risco para o doador.
11. Hanseníase (lepra): doença infecciosa crônica que representa risco teórico de transmissão pelo sangue.
12. Calazar (leishmaniose visceral) e leishmaniose tegumentar/cutânea: parasitos podem persistir no sangue, sendo potencialmente transmissíveis.
13. Brucelose: infecção bacteriana crônica que pode ser transmitida via transfusão.

14. Esquistossomose hepatoesplênica: forma avançada da doença que mantém parasitas no sangue e pode causar complicações graves.
15. Doença que gere inimizabilidade jurídica: impede que a pessoa compreenda e consinta sobre os riscos da doação, violando princípios éticos.
16. Transplante de órgãos ou medula óssea: risco de transmissão de doenças imunológicas ou infecciosas adquiridas pelo receptor do transplante.
17. Mal de Parkinson: condição neurodegenerativa que contraindica a doação devido ao risco potencial de complicações para o doador e baixa relevância de benefício à transfusão.

5.10 Situação atual da doação de sangue no Brasil

Diversos estudos nacionais indicam que a tendência de doações de sangue tem mostrado sinais de redução ao longo de anos recentes, mesmo antes da pandemia. Uma análise de séries temporais realizada no Estado de Minas Gerais observou que, entre 2005 e 2019, a taxa de doações de sangue evidenciou um declínio contínuo, com a proporção de doações realizadas passando de 0,054% para 0,046% da população, sugerindo dificuldades crescentes na mobilização de doadores ao longo do tempo. Esse padrão demonstra que, além de fatores pontuais, há tendências estruturais de diminuição nas doações de sangue em determinados contextos locais (OLIVEIRA et al., 2022)..

A pandemia de COVID-19 agravou significativamente essa redução em muitos serviços de hemoterapia. Estudos brasileiros e relatórios acadêmicos apontam que as restrições de circulação, o medo de infecção e o isolamento social levaram a quedas substanciais no número de doadores durante os primeiros anos da crise sanitária. Por exemplo, a literatura revisada mostra que, em diversas regiões do Brasil, o total de doações diminuiu em comparação com anos pre-pandemia, com relatos de reduções de até cerca de 10% a 20% no volume de coletas em 2020 frente a 2019, refletindo o impacto direto das medidas de

prevenção e da diminuição de mobilidade da população sobre a participação nos bancos de sangue (MARÇAL et al., 2022; PIMENTA; SOUZA, 2020)..

Além de fatores específicos da pandemia, pesquisas internacionais também apontam para uma tendência global de queda nas doações coletadas ao longo de períodos mais amplos, exigindo atenção tanto em políticas públicas quanto em estratégias de captação. Em um estudo que analisou dados de países europeus entre 2010 e 2019, o total de unidades de sangue doadas apresentou um declínio de quase 10%, apesar dos esforços de saúde pública. Esse tipo de evidência sugere que, mesmo com campanhas e incentivos, permanecem desafios sistêmicos para manter níveis adequados de doação, como mudanças demográficas, mudanças de comportamento dos potenciais doadores ou dificuldades em fidelizar doadores regulares (GASPAROVIĆ-BABIĆ et al., 2024).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doação de sangue constitui um componente essencial do sistema de saúde, sendo indispensável para a realização de diversos procedimentos médicos, como cirurgias, tratamentos oncológicos e atendimentos de urgência e emergência. Apesar de sua relevância, os índices de doação no Brasil permanecem abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, o que evidencia a necessidade de compreender os fatores que influenciam a adesão da população a essa prática. A decisão de doar sangue é multifatorial, envolvendo aspectos individuais, sociais e estruturais, incluindo motivações altruístas, nível de informação, experiências prévias e barreiras relacionadas ao acesso e disponibilidade de tempo.

Nesse contexto, torna-se fundamental analisar os fatores que estimulam e dificultam a doação de sangue na população, a fim de subsidiar estratégias mais eficazes de captação e fidelização de doadores. A identificação dessas variáveis permite compreender não apenas o comportamento dos indivíduos frente à doação, mas também as lacunas existentes entre o reconhecimento da importância do ato e sua efetiva realização.

Até o momento, foram obtidas respostas de 180 participantes e os resultados do presente estudo evidenciam uma baixa adesão à doação de sangue, uma vez que 54,1% dos participantes relataram nunca ter realizado doação. Esse

achado está em consonância com a literatura nacional, que demonstra que uma parcela significativa da população brasileira permanece à margem dessa prática, contribuindo para taxas de doação inferiores às recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, que preconiza entre 3% e 5% da população como doadores regulares (CARVALHO et al., 2010; SILVA et al., 2018). Nesse contexto, observa-se que a captação de novos doadores ainda representa um importante desafio para os serviços hemoterápicos.

Além disso, entre os indivíduos que já realizaram doação, verificou-se baixa manutenção desse comportamento ao longo do tempo, evidenciada pelo fato de que apenas 20,6% relataram mais de três doações ao longo da vida, bem como pela baixa frequência anual, com somente 15% dos participantes realizando mais de uma doação por ano. Esses dados reforçam a dificuldade de fidelização dos doadores, amplamente descrita na literatura como um dos principais entraves para a sustentabilidade dos estoques de sangue, uma vez que a manutenção de doadores regulares é considerada mais eficaz do que a captação contínua de novos indivíduos (SOUZA, 2012).

Adicionalmente, a identificação de um grupo correspondente a 10% dos participantes que nunca doaram e não possuem intenção de doar evidencia a presença de indivíduos potencialmente resistentes às estratégias de incentivo. Esse achado é confirmado por estudos que apontam a existência de barreiras estruturais, cognitivas e emocionais, como medo do procedimento, desconhecimento, crenças equivocadas e falta de percepção de necessidade, que contribuem para a não adesão à doação de sangue (RODRIGUES et al., 2020).

Em contrapartida, o altruísmo destacou-se como o principal fator motivacional, sendo referido por 87% dos participantes como a principal razão para a doação. Tal resultado encontra forte respaldo na literatura, que consistentemente aponta o desejo de ajudar o próximo e salvar vidas como o principal determinante da decisão de doar sangue, frequentemente citado por mais de 80% dos doadores em diferentes contextos populacionais (MASSER et al., 2008; HEMOMINAS, 2023). Esse dado evidencia a relevância dos valores sociais e solidários na promoção da doação, sugerindo que campanhas que reforcem o impacto positivo do ato de doar podem ser particularmente eficazes.

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam que, embora o altruísmo constitua um importante motivador, persistem desafios significativos relacionados tanto à adesão inicial quanto à manutenção do comportamento de doação. Tal cenário evidencia a necessidade de estratégias mais abrangentes e contínuas de educação em saúde, desmistificação de crenças e fortalecimento de políticas de fidelização de doadores, com vistas à ampliação e sustentabilidade dos estoques de sangue.

7. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

As considerações parciais deste estudo indicam que os objetivos propostos para o estudo vêm sendo progressivamente alcançados. No que diz respeito à identificação do conhecimento da população sobre a doação de sangue, os achados demonstram que, embora haja reconhecimento da importância do ato, persiste uma lacuna entre esse conhecimento e a prática efetiva, evidenciando que a informação isolada não é suficiente para garantir a adesão.

Em relação aos fatores que estimulam a doação, observou-se que experiências pessoais, como o fato de familiares já necessitarem de transfusão sanguínea, configuram-se como importante elemento de sensibilização, contribuindo para uma percepção mais positiva sobre a relevância da doação. Esse dado confirma que aspectos emocionais e vivenciais desempenham papel significativo na motivação dos indivíduos.

No que se refere aos fatores que dificultam a doação, o estudo identificou de forma clara que a falta de tempo, apontada por 38,8% dos participantes, constitui a principal barreira, evidenciando a influência de fatores práticos e estruturais na baixa adesão. Tal achado demonstra que o objetivo de descrever os obstáculos à doação está sendo efetivamente contemplado, fornecendo subsídios importantes para intervenções direcionadas. Além disso, ao evidenciar a discrepância entre o reconhecimento da importância da doação e sua prática, o estudo também contribui para o objetivo de desconstruir falsas percepções e identificar lacunas que podem estar relacionadas a desinformação ou crenças inadequadas, reforçando a necessidade de estratégias educativas mais eficazes.

Por fim, ao mapear simultaneamente fatores motivacionais e barreiras, os dados preliminares já oferecem base consistente para o desenvolvimento de ações voltadas à captação e fidelização de doadores no hemocentro local. Dessa forma, mesmo em fase parcial, o estudo demonstra alinhamento com seus objetivos, produzindo evidências relevantes que podem subsidiar intervenções práticas e políticas de incentivo à doação de sangue.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT. Abbott realiza pesquisa sobre o perfil do doador de sangue e plasma e visa inspirar ainda mais brasileiros a salvarem vidas. **Abbott Brasil**, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://www.abbottbrasil> Acesso em: 1 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2014.
- BRASIL. Conheça os critérios do Ministério da Saúde para doação de sangue. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 1 maio 2026.
- DE SOUSA BASILIO, FRANCISCO PLÁCIDO; SOARES PONTES, RICARDO JOSÉ. Aspectos Históricos do Uso do Sangue Como Terapêutica. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, [S. l.], v. 15, n. 4/6, p. 68–70, 2015.
- JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** 2005 Sep;27(3):201-7.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). La OMS recomienda aumentar el número de donantes voluntarios de sangre. Ginebra: **OMS**; 2013.
- PEREIRA, JEFFERSON RODRIGUES; et al. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, ago. 2016.
- SU, S. et al. Exploration of the Healthy Donor Effect Among 0.6 Million Blood Donors in China: Longitudinal Study. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 10, e48617, 2024. DOI: <https://doi.org/10.2196/48617>.
- SANTOS, RENATA FELICIO; BORDIN, RAFAEL; ALVES, SUELI; MEDEIROS, MAURO. Frequência da classificação sanguínea na Unidade de Coleta e Transusão

"Dr. Márcio Curvo de Lima", polo de Rondonópolis, Mato Grosso em 2015. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 16, p. 105, 2017.

HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. **Fundamentos em hematologia de Hoffbrand**. Tradução de Renato Failace. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados: Planashe 1988/1991. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. **Institui o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 dez. 1993. Seção 1, p. 1840.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Doação de sangue. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue>. Acesso em: 11 out. 2025.

COUNCIL OF EUROPE. **Guide to preparation, use and quality assurance of blood components**. 12th ed. Strasbourg, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016. Estabelece diretrizes para salas de coleta de sangue. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 fev. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html. Acesso em: 11 out. 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução RDC nº 24, de 24 de janeiro de 2002. Dispõe sobre os requisitos técnicos para bolsas plásticas de coleta de sangue e hemocomponentes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0024_24_01_2002_rep.html

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução – RDC** n.º 73, de 3 de agosto de 2000: dispõe sobre o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 ago. 2000.

BORELLI, Primavera. **Fundamentos de hematologia: teoria e prática**. São Paulo: Blucher, 2024. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 13 out 2025.

CARVALHO, M. B. et al. Prevalência de doação de sangue e fatores associados no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/32749>. Acesso em: 1 maio 2026. SILVA, K. F. et al. Doação de sangue no Brasil: perfil dos doadores e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1-10, 2018.

FERREIRA, O.; SOUZA, M. K. Fatores motivacionais e estratégias para fidelização de doadores de sangue. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 1-7, 2012. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/963>. Acesso em: 1 maio 2026.

RODRIGUES, R. S. et al. Motivações e barreiras para a doação de sangue: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 1-10, 2020.

MASSER, B. M. et al. The psychology of blood donation: current research and future directions. **Transfusion Medicine Reviews**, v. 22, n. 3, p. 215-233, 2008.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. A experiência da doação de sangue: motivações e percepções dos doadores. Belo Horizonte: **Hemominas**, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com>. Acesso em: 1 maio 2026.

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NO RASTREIO DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA CIDADE NO INTERIOR DE SÃO PAULO

Eleonora Furini Gelo

Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

eleonorafurini_gelo@yahoo.com.br

Ana Carolina Garcia Braz

Doutora em Saúde na Comunidade pela USP-Ribeirão Preto

carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Quando, em março de 2020, a pandemia de Covid-19 assolou à saúde mundial, o combate de doenças que antes eram foco da comunidade científica foi redirecionado para a nova, e avassaladora, demanda sanitária. O desvio de recursos, profissionais, e ações em saúde nesse período atípico mundial fez com que o diagnóstico de sífilis na gestação fora hora interrompido, e depois retomado gradual e lentamente, resultando em redução no rastreamento, diagnóstico e tratamento adequado.

Ainda que consideradas um grupo prioritário no atendimento à saúde, a falta de acesso aos serviços, a sobrecarga nos sistemas e as medidas de distanciamento social contribuíram para a desassistência de milhares de gestantes, cuja a ausência de diagnósticos e tratamentos curativos de sífilis resultou não só no aumento dos agravos pela infecção sífilítica em si próprias, como também culminou na exposição de seus filhos à temida infecção congênita, responsável por importante morbimortalidade infantil, nos anos seguintes à pandemia.

Este seguinte estudo objetiva analisar as repercussões da pandemia do COVID-19 no diagnóstico e seguimento de crianças expostas à sífilis residentes do município de Franca-SP, diagnosticadas durante o período de 2020 a 2024, comparando os períodos em plena pandemia, de 2020 a 2022, e os anos que se seguiram, de 2023 a 2024, além de, por meio de coleta de dados secundários presentes em fichas de notificação compulsória anexadas ao Sinan, identificar casos positivos de sífilis em crianças nascidas no município, bem como os testes utilizados

para diagnóstico, seus resultados e titulações; detectar o momento diagnóstico materno, seus testes sorológicos no momento do parto, suas titulações, adequabilidade do tratamento indicado aos seus casos e o tratamento de suas parcerias; analisar os testes realizados na investigação dos casos clínicos após resultados sorológicos de rastreio positivos, bem como seus resultados; descrever o quadro clínico apresentado pelos recém-nascidos no momento do diagnóstico da síndrome congênita; descrever o tratamento escolhido para cada caso após positividade dos casos; descrever o desfecho dos casos, bem como o diagnóstico final das notificações feitas à vigilância epidemiológica.

O estudo se concentra na sistematização do percurso histórico e das principais matrizes teóricas relacionadas à infecção em estudo, com especial atenção às abordagens metodológicas e ao arcabouço bibliográfico produzido na área.

Para tal, este artigo científico estabelece a conexão entre extensa fundamentação teórica, que baseia o estudo, e o contexto epidemiológico a ser estudado, neste município, por meio da análise de dados secundários presentes nas fichas de notificação compulsória, anexadas do SINAN, de posse da Vigilância Epidemiológica municipal. Não se limitando somente aos aspectos gerais sobre a infecção sífilítica, mas também abrangendo as consequências da inadequabilidade do tratamento no período gestacional, gerando a infecção congênita em seus filhos, busca aprofundar as especificidades biológicas, clínicas e epidemiológicas que envolvem esse grupo populacional.

Este projeto de pesquisa se enquadra na área prioritária “Tecnologias para Qualidade de Vida”, com ênfase no setor “Saúde”. O desenvolvimento da pesquisa trará benefícios significativos tanto à avaliação da qualidade de atendimento de pré-natal prestado às gestantes do município, quanto ao prestados às crianças nascidas na cidade. Os resultados obtidos neste estudo servirão como base para criar um documento de base epidemiológica, com dados de casos de sífilis congênita detectados em Franca, a fim de ser utilizado pela Vigilância Epidemiológica, como fonte de dados epidemiológico. Além disso, tendo em vista a grande morbimortalidade intrínseca a infecção sífilítica congênita, a presente pesquisa está em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por se relacionar à vigilância e prevenção do óbito materno infantil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica, curável, classicamente classificada como uma infecção sexualmente transmissível (IST), apesar da transmissão vertical assumir relevância epidemiológica expressiva, configurando a sífilis congênita como a segunda principal causa global de natimortalidade. Seu agente etiológico é *Treponema pallidum* (SOARES *et al.*, 2023).

As manifestações clínicas da infecção acontecem em etapas, variando com a duração da doença. A manifestação inicial da infecção sífilítica se dá no local da inoculação, sendo a lesão mais descrita conhecida como protossifiloma ou cancro duro, uma ulceração única e indolor, com bordas induradas de fundo liso, que regride espontaneamente após 2 a 8 semanas do aparecimento inicial (JAMESON *et al.*, 2020). Em torno de 6 a 12 semanas de infecção, manifestações constitucionais inespecíficas, associadas a manifestações cutâneas (sífilides) e, na região inguinocrural, vegetações e macerações, conhecidas como condilomas planos, são frequentes (KUMAR, ABBAS e ASTER, 2021).

As lesões regredem após 4 semanas do seu aparecimento, e a infecção entra em fase latente, detectada apenas em testes sorológicos positivos. As fases sintomáticas e latentes se alternam, se espaçando progressivamente, até que um grande período de latência se estabelece. Se não tratados, cerca de um terço dos infectados de sífilis desenvolvem a fase terciária da doença, divididas em cutaneomucosa, cardiovascular, e neurológica, podendo ainda acometer ossos, músculos ou fígado (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006) (KUMAR, ABBAS e ASTER, 2021).

Com quadro clínico diverso e inespecífico, para o diagnóstico precoce da infecção sífilítica, são disponíveis diferentes tipos de testes diagnósticos. Os testes sorológicos são divididos em testes não treponêmicos (TNT) e testes treponêmicos (TT). Para que o diagnóstico de sífilis seja estabelecido, é recomendado iniciar a investigação por um TT, de preferência, o teste rápido, com a subsequente realização de um TNT, cujos resultados reagentes, alinhados a um

quadro clínico ou história suspeitos, conclusivos para o estabelecimento de um diagnóstico final de sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Benzilpenicilina Benzatina é o fármaco de escolha para o tratamento de todas as apresentações clínicas de sífilis, sendo o único com eficácia comprovada durante a gestação. Deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular, e a decisão de dose depende do estadiamento da infecção. Para casos recentes, ou seja, com até um ano de evolução (sífilis primária, secundária ou latente), deve-se administrar dose única de 2,4 milhões UI, sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo. Para sífilis tardia (terciária, latente ou indeterminada), 2,4 milhões UI, IM, uma vez por semana, por três semanas, totalizando 7,2 milhões UI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Para o seguimento dos casos, TNT devem ser realizados mensalmente nas gestantes no primeiro ano, e semestralmente, no segundo ano, sendo consideradas tratadas quando houver queda de titulação em duas diluições em até três meses, ou quatro diluições em seis meses, com evolução até a soroconversão (JAMESON *et al.*, 2020).

Em mulheres gestantes infectadas, por via hematogênica, a transmissão do *Treponema pallidum* através da placenta ao feto tem, como consequência, a sífilis congênita. Essa condição pode ocorrer em qualquer período gestacional, ainda que sua ocorrência seja maior em momentos em que a infecção esteja mais virulenta, ou seja, nos estágios primário e secundário da doença, em que a probabilidade de transmissão de materno-fetal (TMF) é em torno de 70 a 100% (JAMESON *et al.*, 2020).

Para que sejam considerados casos de sífilis congênita, nos termos do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), a fins de vigilância epidemiológica, o caso deve estar incluído em um dos abaixo:

1. Todo recém-nascido, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica e/ou sorológica para sífilis, sob qualquer titulação de sorologia não treponêmica, na ausência de teste treponêmico confirmatório, feitos em qualquer momento do pré-natal ou parto/curetagem, que não tenha evidência de tratamento adequado;
2. Toda criança, menor de 13 anos, com titulações ascendentes em testes não treponêmicos, ou os mesmos reagentes após os seis

meses de idade, testes treponêmicos reagentes após os dezoito meses de idade, ou títulos maiores que o materno;

3. Toda criança menor de 13 anos que, com teste não treponêmico reagente, independente da titulação, com evidência clínica, líquórica ou radiológica compatíveis com a infecção;
4. Toda situação com comprovação de invasão pela espiroqueta do tecido placentário ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

As manifestações clínicas da SC podem variar no tempo de aparecimento, e se mostram muito inespecíficos. Qualquer órgão fetal pode ser atingido, mas os mais frequentemente acometidos são fígado, rins, medula óssea, baço, pulmões, coração, e sistema nervoso central (SNC), sendo que o padrão histológico mais encontrado em amostras infectadas, semelhantemente ao da sífilis adquirida, é o de endarterite proliferativa, com infiltração perivascular linfocitária, com hiperplasia da camada íntima (RODRÍGUEZ-CERDEIRA e SILAMI-LOPES, 2012) (JAMESON *et al.*, 2020).

Assim como a infecção adquirida, a sífilis congênita pode ser dividida de acordo com a duração do início dos sintomas. Logo, é classificada como SC recente aquela que surge até o 2º ano de vida, mais comumente nas primeiras cinco semanas de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A infecção pode se manifestar como hidropsia fetal não-imunomediada, falência renal, hipotireoidismo, mixedema, rinite ou pneumonia. A rinite apresenta coriza serossanguinolenta repleta de treponemas. Pode haver condrite da cartilagem nasal, com sua consequente destruição (RODRÍGUEZ-CERDEIRA e SILAMI-LOPES, 2012) (COUTINHO, 2014).

Entre as alterações laboratoriais dessa fase clínica, o hemograma comumente apresenta anemia acompanhada de trombocitopenia (37% dos casos), leucocitose ou leucopenia. A maior parte das crianças portadoras da infecção congênita, quando submetidas a exames de imagem, já apresentam alterações correspondentes a quadros de osteocondrites e pericondrites, e mesmo osteomielite diafisária. A destruição óssea causa dor e fraturas, levando a pseudoparalisia de Parrot no membro afetado (RODRÍGUEZ-CERDEIRA e SILAMI-LOPES, 2012) (STAFFORD, WORKOWSKI, e BACHMANN, 2024).

Em 2019, alguns anos após a redução da mortalidade neonatal ter se tornado uma das metas de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, houve uma redução nos casos de SC em todo o mundo, passando de uma estimativa de 749.000 casos (539 por 100.000 nascidos vivos) em 2012 para 661.000 casos totais (473 por 100.000 nascidos vivos) em 2016, incluindo aqueles que foram considerados natimortos, e aqueles cujos sinais e sintomas da doença não se manifestaram clinicamente ao nascimento (KORENROMP *et al.*, 2019).

O tratamento deve ser feito com penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, de maneira endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida), e depois a cada 8 horas (após os sete dias de vida), durante 10 dias, nas crianças no período pré-natal. Caso se interrompa o tratamento por mais de 24h, o esquema deve ser reiniciado. Já no período pós-natal, após o 28º dia de vida, o esquema e tratamento segue o mesmo, mudando somente o intervalo de aplicação das doses, passando a cada 4 horas, para penicilina G cristalina. Caso não haja evidência de invasão neurológica, drogas como a penicilina G procaína ou a benzatina podem ser usadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Todo RN nascido de mãe soropositiva para sífilis deve ser acompanhado, pelo menos até os dois anos de idade, com consultas mensais nos primeiros seis meses de vida, e bimensais até completo o primeiro ano de vida. O VDRL deve ser realizado com um, três, seis, doze e dezoito meses de idade, até que haja dois resultados negativos consecutivos, com pelo menos 30 dias de intervalo entre eles. Nos casos com alterações líquóricas confirmadas, deve-se realizar novas punções lombares no terceiro e sexto mês após o fim do tratamento e, caso permaneçam alterados, uma nova reavaliação deve acontecer. Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico são recomendados semestralmente até completos dois anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) (FEITOSA, DA ROCHA e COSTA, 2016).

A epidemiologia global da SC é um dado de difícil obtenção. A precariedade da cobertura do rastreio pré-natal, realização de testes de sífilis durante a gestação, acompanhamento de tratamento adequados e disponibilização de dados de vigilância epidemiológica são fatores que interferem na análise dessa patologia.

Entre 2016 e 2017, os países do programa Countdown 2030 (os 81 países responsáveis por mais de 90% das mortes infantis em menores de 5 anos, e 95% das mortes maternas no mundo), as taxas de SC foram divulgadas apenas por 13 países, uma porcentagem de 16%. Desses, somente 9 atingiram a meta estabelecida para a triagem da infecção durante a gestação. 21 países atingiram a meta de cobertura de tratamento de sífilis na gestação (TRIVEDI *et al.*, 2020).

Em 2019, alguns anos após a redução da mortalidade neonatal ter se tornado uma das metas de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, houve uma redução nos casos de SC em todo o mundo, passando de uma estimativa de 749.000 casos (539 por 100.000 nascidos vivos) em 2012 para 661.000 casos totais (473 por 100.000 nascidos vivos) em 2016, incluindo aqueles que foram considerados natimortos, e aqueles cujos sinais e sintomas da doença não se manifestaram clinicamente ao nascimento (KORENROMP *et al.*, 2019).

No Brasil, o parâmetro de SC segue um padrão diferente. Entre 1999 e junho de 2025, foram notificados 369.468 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Destes, 43,7% eram provenientes da região Sudeste. Ainda que, entre 2010 e 2015, o número de casos tenha praticamente dobrado, entre 2010 e 2019, foram registrados 162.173 casos de sífilis congênita, e 11.480 mortes fetais precoces e tardias, atribuídas à SC (DOMINGUES *et al.*, 2021).

Em dezembro de 2019, com o decreto, pela OMS, de uma nova pandemia de Covid-19, os sistemas de saúde entraram em um novo foco assistencial, movimento que levou à diminuição da procura por atendimento, difusamente, pelas gestantes, abrindo brecha para a perpetuação da infecção sífilítica durante a gestação, a expondo seus filhos à síndrome congênita (CARR, 2020).

As taxas de SC, um reflexo claro da falta de tratamento efetivo de gestantes no Brasil, nos anos após o decreto da pandemia de Covid-19, seguiram um padrão preocupante. Em geral, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita até 2018 e um início de redução dessa taxa a partir de 2019. Em 2010, a taxa era de 2,4 casos/1.000 NV e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, reduzindo- para 8,5 casos/1.000 NV em 2019 e chegando a 7,7 casos/1.000 nascidos vivos em 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Essa redução de taxas, porém, não significa necessariamente uma redução real de casos de SC no território brasileiro. Em 2021, entre os casos de sífilis congênita, 25.243 (93,4%) nasceram vivos e, desse total, 24.252 (96,1%) foram diagnosticados precocemente, já na primeira semana de vida. De acordo com a classificação final dos casos, 93,3% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,8% como aborto por sífilis, 2,8% como natimorto e 0,1% (27 casos) como sífilis congênita tardia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Após o decreto do fim da pandemia, no dia 05 de maio de 2023, com a retomada dos atendimentos regulares de pré-natal, o percentual de mães de crianças com SC que fizeram consultas pré-natal chegou a 82,7%, com 60% das mulheres obtendo o diagnóstico nas consultas em si, e 29,5% no momento do parto ou curetagem. No entanto, em 2023, 83,7% das mães de crianças com sífilis congênita tiveram tratamento inadequado ou não realizado, levando à perda de oportunidades para evitar a transmissão vertical, apesar da elevada cobertura de pré-natal e da realização do diagnóstico durante a gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Em 2024, último boletim liberado pelo Ministério da Saúde até então, o percentual de casos de sífilis congênita cujas mães realizaram pré-natal tem se mantido acima de 80,0%, alcançando 82,8%, com 58,1% dos diagnósticos da sífilis materna realizados durante o pré-natal, 31,8% no momento do parto ou da curetagem, e 6,1% receberam o diagnóstico após o parto. Das mães cujos filhos tiveram diagnóstico de SC, 85,7% tiveram tratamento inadequado ou não realizado. Esses dados levaram a 24.443 casos de SC em território brasileiro, o que representa uma redução de 2,3% em comparação ao ano anterior, com 576 casos a menos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa segue um estudo do tipo descritivo buscando retratar e documentar as relações coexistentes entre a pandemia do COVID-19 e a incidência casos de sífilis congênita notificados em uma cidade no interior de São Paulo. Para

tal, optou-se pela abordagem quantitativa envolvendo a coleta e análise de dados secundários de fichas de notificação compulsória deste agravo em saúde, presentes do SINAN, em posse da Vigilância Epidemiológica municipal, no período de 2020 a 2024.

3.2 População-alvo

Para estabelecer as associações entre estas variáveis utilizaremos como população-alvo as crianças nascidas em uma cidade no interior de São Paulo, destacando especificidades importantes para a definição do grupo estudado. Para tanto, utilizar-se-á como população-alvo os recém-nascidos no período de 2020 a 2024, diagnosticados como portadoras de sífilis congênita após triagem na sala de parto de suas mães, e, posteriormente, suas próprias, nos hospitais da cidade em que nasceram, cujos casos tenham sido notificados e referenciados ao Sinan dentro desse período.

Logo, entre os critérios de inclusão, destaca-se fichas de notificação compulsória preenchidas durante o período de 2020 a 2024 referentes aos pacientes incluídos na população-alvo.

Em relação aos critérios de exclusão estão fichas de notificação compulsória de crianças nascidas fora do período estabelecido em pesquisa.

3.3 Fonte e coleta de dados

Os dados secundários serão obtidos a partir de fichas de notificação compulsória de sífilis congênita, presentes no Sinan.

3.4 Procedimento para coleta de dados

O procedimento de coleta de dados para a pesquisa segue os seguintes passos:

→ Análise de fichas de notificação compulsória: após a identificação de crianças que se enquadrem no perfil epidemiológico do estudo, foi realizado um

levantamento de dados para verificar informações coletadas dos casos, presentes nas e transcritas nas fichas de notificação, no Sinan, sendo os seguintes:

Dados Pessoais do Paciente:	
Número da Notificação Compulsória	Período da Notificação
Relação Temporal entre Notificação e Pandemia de COVID-19.	
Antecedentes Epidemiológicos	
Nome da Genitora	Unidade Geradora da Notificação
Dados de Diagnóstico e Tratamento dos Genitores	
Período de Diagnóstico Materno	Resultado do Teste Não Treponêmico Materno
Titulação do Teste Não Treponêmico Materno	Adequabilidade do Tratamento
Tratamento da Parceria Sexual	
Dados Diagnósticos do Caso Congênito	
Resultado do Teste Não Treponêmico Sérico	Titulação do Teste Não Treponêmico Sérico
Resultado do Teste Não Treponêmico em Amostra Liquórica	Pesquisa Direta de <i>T. pallidum</i> em Amostra Biológica
Alteração Radiológica Documentada	Situação Clínica ao Diagnóstico
Tratamento	
Esquema de Tratamento Instituído	
Desfecho	
Evolução do Caso	Diagnóstico Final

→ Análise dos Dados Coletados: após a coleta de dados, será possível identificar a adequabilidade das variáveis estudadas em relação ao arcabouço teórico, bem como analisar a qualidade do preenchimento das fichas de notificação compulsórias como fornecedores de dados epidemiológicos. Ao analisar as condições maternas e de seus parceiros de infecção, os testes diagnósticos sobre o caso, o esquema de tratamento indicado, em como seus desfechos, será possível correlacionar a influência da pandemia de COVID-19 entre as incidências e qualidades de notificações compulsórias entre os anos pandêmicos, e os pós-pandemia.

3.5 Variáveis do estudo

Neste estudo, as variáveis dependentes são os aspectos que foram influenciados pela pandemia no contexto da investigação, diagnóstico e seguimento da sífilis, tanto maternos quanto dos recém-nascidos, detectados em testes de triagem nas salas de parto de hospitais em uma cidade no interior de São Paulo.

Estão incluídas a falta de coleta de testes de triagem para detecção desses casos, a dificuldade de acesso a serviços de saúde das gestantes, sob influência da pandemia, juntamente ao seguimento deficitário após resultados positivos nos testes de triagem, que levaram a inadequabilidade de condução do caso e geraram os casos da infecção congênita em seus filhos.

Paralelamente, as variáveis independentes são os fatores que exercem influência sobre as variáveis dependentes. No caso deste estudo, as variáveis independentes são a pandemia do COVID-19 em si, as restrições na dinâmica de funcionamento nos sistemas de saúde durante a pandemia, as medidas de distanciamento social e os protocolos de segurança recomendados durante a pandemia, além da disponibilidade de recursos inerentes aos serviços de saúde em conduzir os casos de sífilis congênita durante o período de emergência em saúde.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização desta pesquisa, foi garantido que a coleta de dados secundários será realizada de acordo com as diretrizes éticas, visando a preservação da privacidade e confidencialidade das informações bem como dos pacientes em si, quanto de suas famílias.

Para a condução deste estudo, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde para acessar as fichas de notificação compulsória presentes no Sinan, em posse da Vigilância Epidemiológica, de recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita após seus partos e assinado, inclusive, o Termo de Sigilo na instituição. Ademais, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Uni-FACEF e garantido a dispensa do TCLE por se tratar de dados secundários.

Com relação aos riscos da pesquisa, estão previstos riscos mínimos nesta pesquisa, como risco à segurança das informações que serão acessadas no banco de dados da secretaria municipal de saúde, pois todas as pesquisas envolvendo seres humanos correm o risco de quebra de sigilo, mesmo que involuntária, não intencional e atendendo aos procedimentos previstos na lei de proteção de dados.

Como benefícios da pesquisa, destaca-se a possível contribuição para o melhor direcionamento das ações das políticas públicas de vigilância e prevenção

de sífilis gestacional, sífilis congênita, fortalecer o sistema de saúde e promover qualidade de vida e a garantia do direito à saúde materno infantil.

4. RESULTADOS PARCIAIS

Este artigo científico, fruto de uma pesquisa em andamento, estabelece a conexão entre extensa fundamentação teórica, que baseia o estudo, e o contexto epidemiológico a ser estudado, neste município, por meio da análise de dados secundários presentes nas fichas de notificação compulsória, anexadas do SINAN, de posse da Vigilância Epidemiológica municipal.

A revisão de literatura permitiu identificar diferentes perspectivas científicas acerca da doença, contemplando sua evolução epidemiológica histórica, caracterizar sua história natural e as atualizações sobre seu diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica, ao longo do tempo, ampliando o entendimento da doença para o âmbito mundial. Ademais, ao abordar temas que tangiam a temática principal desse estudo, o aprofundamento teórico permite elucidar como a infecção sífilítica pode afetar diferentes faces do conceito de saúde no ser humano, desde o desenvolvimento intra útero, aos impactos que crianças atingidas por este mal virão a ter, ao longo de suas vidas.

Os diferentes estudos com temática similar à desta pesquisa, sobre o impacto pandêmico sobre diversas condições de saúde, crônicas ou agudas, infecciosas ou não, reforçam a pertinência da presente investigação no cenário atual da saúde pública, sobretudo no que concerne à formulação e ao aprimoramento de políticas voltadas à atenção materno-infantil a uma doença completamente curável, e tão prevalente no cenário brasileiro atual.

O referencial teórico consolidado subsidiou a elaboração de um instrumento estruturado de coleta de dados secundários, fundamentado na ficha de notificação compulsória. Esse instrumento possibilitará a caracterização do perfil epidemiológico tanto das gestantes portadoras de sífilis, quanto dos seus filhos que, na sala de parto, fora firmado o diagnóstico da infecção congênita, ampliando o entendimento da doença no âmbito municipal, etapa essencial para se guiarem ações em saúde que se mostrem efetivas e transformadoras na gestão pública.

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

O arcabouço teórico fonte deste projeto científico evidencia elementos que apontam para a maior vulnerabilidade materno-fetal, bem como discussões, em âmbito nacional e internacional, sobre os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de rastreamento, notificação e tratamento.

A pesquisa dos dados epidemiológicos, presentes nas fichas de notificação compulsória, apesar de ainda não finalizados, já mostram o enorme impacto não somente na quantidade de casos, mas também na morbimortalidade materno-infantil, a serem expostos no relatório final desta pesquisa. Por se tratar de uma continuação de uma pesquisa anterior, antes focada nos impactos pandêmicos sob a população de gestantes, ao visar agora seus filhos, pretende demonstrar que a pandemia de COVID-19 atingiu populações extremamente vulneráveis na saúde pública, apesar de, em teoria, estarem bem assistidas por programas de saúde pública, especialmente, à saúde pré e perinatal municipal.

Acoplados ao SINAN, cada ficha gerada pelo município, no período e perfil norteadores desta pesquisa, permitirá o preenchimento de uma planilha de dados epidemiológicos que poderá ser usada como base para subsídios técnicos à gestão municipal de saúde, especialmente às redes de atenção direcionadas à saúde da mulher e da criança no município de Franca (SP), contribuindo para a redução da morbimortalidade e para o fortalecimento da qualidade assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.**, 2006. 111-26.

CARR, S. Missed and Delayed Diagnoses of Non-COVID Conditions — Collateral Harm from a Pandemic. **ImproveDx**, Julho 2020. 3.

COUTINHO, R. L. D. C. SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA DO AGRAVO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. Universidade Federal do Ceará. **Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior**, Fortaleza, 2014.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2021.

FEITOSA, J. A. D. S.; DA ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 23 Setembro 2016. 286-297.

FRASER, C. M. et al. Complete genome sequence of *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete. **Science**, 17 Julho 1998. 375-88.

JAMESON, J. L. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 20ª. ed. Nova Iorque: MGH Editora, 2020.

KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, Fevereiro 2019.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. Robbins & Cotran **Patologia: bases patológicas das doenças**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso. 2ª. ed. Brasília: **Programa Nacional de DST/AIDS**, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. 1ª. ed. Brasília: **Secretaria de Vigilância em Saúde**, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Sífilis 2022. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Sífilis 2023. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. [S.l.]. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Sífilis 2024. 1ª. ed. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília. 2025.

RODRÍGUEZ-CERDEIRA; SILAMI-LOPES,. Congenital Syphilis in the 21st Century. **Actas Dermosifiliogr**, 2012. 679-693

SOARES, J. A. S. et al. Congenital syphilis: associated factors in a follow-up outpatient clinic. **Revista Paulista de Pediatria**, 26 Julho 2023.

STAFFORD, I. ; WORKOWSKI, ; BACHMANN, H. Syphilis Complicating Pregnancy and Congenital Syphilis. **The new england journal of medicine**, 18 Janeiro 2024. 242-253.

TRIVEDI , S. et al. Avaliando a cobertura do rastreamento e tratamento da sífilis materna no âmbito dos cuidados pré-natais para orientar melhorias nos serviços de prevenção da sífilis congênita nos países do programa Countdown 2030. **J Glob Health**, 2020.

ÍNDICE

A

Adriana Aparecida Silvestre Gera-
Ribeiro, 8
Ana Beatriz Dias Rinaldi, 124
Ana Carolina Garcia Braz, 30, 65, 140,
162
Augusto Henrique de Lima Norinho, 21

C

Camilli Buzo da Silva, 140

D

Daniela de Figueiredo Ribeiro, 21, 124

E

Eleonora Furini Gelo, 162

F

Filipe Laurente, 65

G

Gabriela e Silva Pires, 30

J

Julia Ghedini Carvalho, 78

L

Lívia Maria Lopes-Gazaffi, 46, 78, 108

M

Marina Silva Souza, 90
Murillo Eduardo Ravagnani Siqueira
Martins, 8

T

Thayná Cristina de Oliveira Barbosa,
108

V

Valéria Beghelli Ferreira, 90

Y

Yasmim Aparecida Duarte Andrade,
46

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688

