

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

A PESQUISA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: contribuições para o estudante, para a comunidade e cenários de práticas

Coleção Ciência e Desenvolvimento
77

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5898180

Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

Ana Carolina Garcia Braz

Daniel Facciolo Pires

Marinês Santana Justo Smith

Sílvia Regina Viel

Welton Roberto Silva (Orgs.)

**A PESQUISA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: contribuições
para o estudante, para a comunidade e cenários de
práticas**

ISBN 978-65-84409-15-6

**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)
Sílvio 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
Sílvio 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. 77

Bandos, Melissa Franchini Cavalcanti (Orgs.)
B163p A PESQUISA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: contribuições para
o estudante, para a comunidade e cenários de práticas. / Melissa Franchini
Cavalcanti Bandos; 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.
145p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4

ISBN Volume 978-65-84409-15-6

DOI 10.29327/5898180

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

CDD 610

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

Quando se fala em pesquisa na formação em saúde, é importante compreender e refletir sobre suas contribuições para o estudante, para a comunidade — representada pelas pessoas em seus diferentes ciclos de vida — e para os cenários de práticas.

Estimular a pesquisa na formação em saúde é possibilitar a construção de um profissional proativo, capaz de atuar com as melhores práticas disponíveis e de posicionar-se de forma crítica e reflexiva diante dos diferentes contextos de cuidado. Trata-se de uma formação que transcende a lógica do cuidado centrado no profissional e na doença, para fortalecer uma abordagem centrada nas pessoas, em suas necessidades, potencialidades e vulnerabilidades.

Para a comunidade, a pesquisa tem o seu valor imensurável por possibilitar o acesso a cuidado de qualidade, fundamentado pela melhor evidência disponível e por profissionais capazes de agregar novos conhecimentos à sua prática. Além disso, a produção científica permite identificar demandas emergentes, subsidiar políticas públicas e contribuir para a redução das desigualdades em saúde, ampliando o impacto social das ações desenvolvidas.

Para os cenários de práticas, a pesquisa é instrumento importante para tomada de decisão, para a gestão das ações em saúde e para a coordenação do cuidado, considerando as especificidades de cada contexto.

Neste sentido, o presente livro aborda temáticas relevantes e atuais, contemplando a pesquisa na perspectiva de estudantes, de cuidadores e família, e de profissionais inseridos nos diversos cenários de práticas. Entre os temas abordados, destacam-se a importância da comunicação no processo do cuidar, relatos de experiência que evidenciam a participação da família no processo de cuidado em saúde mental e doenças crônicas, a vivência de um estudante e seu processo de inclusão no ensino médico e as ações de educação em saúde e suas contribuições para a comunidade, evidenciando a pluralidade de experiências e olhares que permeiam a formação em saúde.

Para além dos relatos, a obra contempla revisões de literatura que buscam aproximar o leitor do conhecimento produzido acerca de um tema, como exemplo o impacto da sífilis congênita na saúde infantil e as ações de prevenção de erros de medicação na prática de enfermagem, subsidiando o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, assim como novas investigações, qualificando a assistência prestada.

Destaca-se, ainda, a abordagem das tecnologias da informação como ferramentas capazes de otimizar processos relacionados à terapia medicamentosa, à comunicação e à gestão do cuidado. Em um contexto de rápidas transformações tecnológicas, compreender e utilizar esses recursos de forma crítica e responsável torna-se uma competência indispensável para os profissionais de saúde.

Esperamos que esta obra contribua para as reflexões de estudantes, docentes e pesquisadores da comunidade acadêmica acerca da importância da pesquisa no processo de ensino-aprendizagem e de seu impacto na articulação entre ensino, serviço e comunidade. Que o conhecimento aqui compartilhado inspire novas perguntas, estimule ainda mais a produção científica e fortaleça o compromisso com uma formação em saúde crítica, ética e socialmente comprometida.

Prof^a Dr^a Patricia Reis Alves dos Santos
Docente do Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

A FAMÍLIA COMO EIXO TERAPÊUTICO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: relato de experiência em serviço de atenção psicossocial	8
ACESSIBILIDADE NO ENSINO MÉDICO: Reflexões a Partir da Experiência de um Estudante com Deficiência Física	20
AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE: relato de experiência de acadêmicas de Medicina em atividade de extensão em um centro comunitário	33
ANÁLISE DA SOBRECARGA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA: aplicação da Zarit Burden Interview	45
ANÁLISE DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM UMA POPULAÇÃO DO INTERIOR PAULISTA	61
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS MULHERES E DOS ATENDIMENTOS GINECOLÓGICOS NO CENÁRIO DE UM AMBULATÓRIO ESCOLA	84
FORTALEZAS E AMEAÇAS DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	102
IMPACTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA SAÚDE INFANTIL AO LONGO DA HISTÓRIA: uma revisão bibliográfica.....	115
IMPACTO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO	135
ÍNDICE	144

A FAMÍLIA COMO EIXO TERAPÊUTICO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: relato de experiência em serviço de atenção psicossocial

Clara Nascimento Leite
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
claranascleite05@gmail.com

Maria Fernanda Hernandez
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
mariaf.hcamargo@gmail.com

Maria Paula Piola de Resende
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
mariapaulapresente@gmail.com

Maria Clara Citolino Marinzek
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
marycitolino@gmail.com

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Doutora em Ciências da Saúde- EERP
Docente do Departamento de Enfermagem e
Medicina– Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil promoveu uma profunda transformação no modelo de assistência em saúde mental, substituindo práticas historicamente marcadas pela institucionalização e exclusão social por estratégias fundamentadas no cuidado em liberdade, na territorialidade e na reinserção social dos indivíduos. Esse movimento resultou na criação de dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passaram a desempenhar papel central na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo cuidado contínuo, interdisciplinar e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2017; YASUI, 2010; BRASIL, 2004).

No contexto da atenção às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, os CAPS AD assumem relevância estratégica ao desenvolverem ações

voltadas não apenas à redução do consumo de substâncias, mas também à reconstrução da autonomia, fortalecimento de vínculos sociais e promoção da cidadania. O modelo psicossocial adotado nesses serviços compreende a dependência química como um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e familiares, o que exige abordagens terapêuticas ampliadas e integradas (BRASIL, 2011; RODRIGUES et al., 2021).

Diferentemente de modelos centrados exclusivamente na abstinência ou na medicalização, a lógica psicossocial busca compreender o sujeito em sua integralidade, considerando sua história de vida, condições socioeconômicas, relações interpessoais e contexto comunitário. Nesse sentido, estudos recentes apontam que o tratamento da dependência química não pode ser analisado de forma isolada, uma vez que fatores emocionais e familiares exercem influência direta sobre a adesão ao tratamento, manutenção da abstinência e prevenção de recaídas (CARIAS; GRANATO, 2023; FEITOSA et al., 2023).

Dentro dessa perspectiva, a família deixa de ocupar um papel secundário e passa a ser reconhecida como componente essencial do processo terapêutico. A literatura recente evidencia que o suporte familiar representa importante fator de proteção, contribuindo para o fortalecimento emocional do usuário, para a continuidade do acompanhamento terapêutico e para a reinserção social. Além disso, a participação ativa da família favorece o estabelecimento de vínculos mais sólidos entre usuário e serviço, ampliando as possibilidades de cuidado integral (NACAMURA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2023; ASSALIN et al., 2021).

Entretanto, embora a família seja frequentemente compreendida como elemento fundamental na recuperação do indivíduo, muitos familiares também se encontram emocionalmente adoecidos e fragilizados pela convivência prolongada com a dependência química. Sentimentos como culpa, medo, impotência, desgaste emocional e ruptura de vínculos são frequentemente observados nesses contextos, evidenciando que o sofrimento relacionado ao uso abusivo de substâncias ultrapassa o indivíduo e atinge todo o núcleo familiar (SOUZA et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2023).

Nesse cenário, os CAPS AD têm buscado desenvolver estratégias de acolhimento e inclusão da família por meio de grupos terapêuticos, oficinas,

atendimentos compartilhados e ações psicoeducativas, reconhecendo os familiares como participantes ativos na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). As diretrizes atuais da saúde mental reforçam essa necessidade, destacando que o cuidado em saúde mental deve ocorrer de maneira compartilhada, comunitária e interdisciplinar (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2022).

Além da importância clínica, a participação familiar possui também relevância social e afetiva. A reconstrução de vínculos fragilizados pelo uso abusivo de substâncias pode favorecer processos de pertencimento, valorização pessoal e retomada de projetos de vida. Dessa forma, o fortalecimento da rede de apoio familiar não apenas auxilia na redução de recaídas, mas também amplia as possibilidades de reinserção social e melhora da qualidade de vida dos usuários (SILVA et al., 2022; FEITOSA et al., 2023).

Outro aspecto relevante refere-se ao papel dos serviços substitutivos na desconstrução do estigma associado à dependência química. Ainda hoje, muitos indivíduos em sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas enfrentam preconceito social, exclusão e dificuldade de acesso a oportunidades de trabalho e convivência comunitária. A família, quando acolhida e orientada adequadamente, pode atuar como importante mediadora nesse processo de reconstrução social (RODRIGUES et al., 2021; AMARANTE, 2017).

Diante dessa perspectiva, compreender como os serviços substitutivos integram a família em suas práticas torna-se fundamental para avaliar a efetividade das estratégias adotadas na atenção psicossocial. Assim, este estudo busca relatar a experiência de acadêmicas de medicina durante visita técnica a um CAPS AD, destacando a importância do apoio familiar no processo terapêutico e sua influência na adesão ao tratamento, manutenção da abstinência e melhora clínica dos usuários.

2. OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência das acadêmicas do 4º e 5º ano do curso de Medicina do Uni-FACEF durante visita técnica realizada em um CAPS AD, com foco na observação da integração da família nas práticas terapêuticas desenvolvidas pelo serviço, bem como analisar de que forma essa rede

de apoio influencia a adesão ao tratamento, a manutenção da abstinência e a melhora do quadro clínico dos usuários.

Além disso, busca-se refletir criticamente sobre a importância da atuação multiprofissional e da abordagem humanizada no contexto da atenção psicossocial, considerando os desafios e potencialidades envolvidos no cuidado às pessoas em sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

3. METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se como um relato de experiência de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, elaborado a partir de uma visita técnica realizada pelas acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), vinculadas ao comitê local da IFMSA Brazil.

A atividade ocorreu no dia 17 de maio de 2025, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), localizado em município do interior do estado de São Paulo. A visita foi realizada no contexto das atividades voltadas à Semana da Luta Antimanicomial, movimento que busca promover reflexões sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a valorização do cuidado em liberdade.

O percurso metodológico foi organizado em três etapas principais:

1. Observação direta e participativa: acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional do serviço, incluindo oficinas terapêuticas, rodas de conversa e momentos de acolhimento voltados aos usuários e familiares.
2. Interação dialógica: realização de escuta ativa junto aos profissionais, usuários e familiares presentes no serviço, possibilitando a compreensão das experiências vivenciadas e das percepções acerca da importância da participação familiar no tratamento.
3. Análise crítica e reflexiva: articulação entre as experiências observadas durante a visita e a literatura científica recente sobre saúde mental, dependência química, reabilitação psicossocial e inclusão familiar.

A experiência permitiu não apenas a observação das práticas terapêuticas desenvolvidas no CAPS AD, mas também o contato com diferentes realidades sociais e emocionais relacionadas à dependência química. A interação com os usuários e familiares possibilitou reflexões sobre os desafios enfrentados no cotidiano do tratamento e sobre a importância do acolhimento humanizado na construção do vínculo terapêutico.

Em observância aos princípios éticos que orientam relatos de experiência acadêmica, as identidades dos usuários e familiares foram preservadas, garantindo anonimato e sigilo das informações compartilhadas durante as atividades desenvolvidas no serviço.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1 Contextualização do Serviço e da Rede Assistencial

A vivência ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), no município de Franca-SP, serviço de referência regional no cuidado às pessoas em sofrimento relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A unidade funciona em regime de 24 horas e integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo acolhimento contínuo, acompanhamento multiprofissional e suporte em situações de crise.

Durante a visita, foi possível observar uma estrutura organizada para atender diferentes demandas terapêuticas, incluindo salas destinadas a oficinas terapêuticas, espaços coletivos de convivência, refeitório, área externa para atividades integrativas, horta terapêutica e leitos destinados ao acolhimento noturno.

A presença de aproximadamente 60 usuários no serviço durante o período da atividade evidenciou a relevância do CAPS AD como referência regional, especialmente diante da crescente demanda relacionada ao uso de substâncias psicoativas. Observou-se também que muitos usuários eram provenientes de municípios vizinhos, reforçando o papel do serviço como importante dispositivo de apoio dentro da rede pública de saúde mental.

Além do cuidado clínico, o CAPS AD demonstrou atuar como espaço de construção de vínculos sociais, acolhimento emocional e fortalecimento da autonomia dos usuários. A dinâmica do serviço revelou uma proposta terapêutica

pautada no respeito à singularidade de cada indivíduo e na valorização do cuidado humanizado.

4.2 Interdisciplinaridade e Espaços de Escuta

A atuação da equipe multiprofissional mostrou-se fundamentada na interdisciplinaridade e no cuidado compartilhado. Participaram das atividades profissionais de diferentes áreas, incluindo médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e oficineiros, além da presença de acadêmicos de medicina.

A principal atividade acompanhada pelas acadêmicas foi uma oficina temática voltada à discussão sobre a importância da participação familiar no tratamento da dependência química. A dinâmica ocorreu em formato de roda de conversa, favorecendo a escuta coletiva, o compartilhamento de experiências e a construção conjunta de reflexões.

Durante a atividade, observou-se que os profissionais buscavam estimular a participação ativa dos usuários e familiares, valorizando suas vivências e promovendo um ambiente acolhedor e livre de julgamentos. Diferentemente de uma abordagem centrada apenas no conhecimento técnico, a condução da oficina permitiu a integração entre saber científico e experiência de vida.

A escuta qualificada demonstrou ser um dos principais instrumentos terapêuticos utilizados pela equipe. Muitos participantes relataram sentir-se acolhidos e respeitados dentro do serviço, aspecto que favorece o fortalecimento do vínculo terapêutico e a continuidade do tratamento.

Além disso, foi possível perceber que o CAPS AD atua não apenas como espaço de cuidado clínico, mas também como ambiente de reconstrução subjetiva e fortalecimento emocional. A possibilidade de compartilhar experiências com outras pessoas em situações semelhantes contribui para a redução do isolamento social e para o desenvolvimento do sentimento de pertencimento.

4.3 A Família como Eixo Terapêutico: Evidências da Prática

Um dos aspectos mais marcantes da experiência foi a observação da participação efetiva das famílias no cotidiano do serviço. A presença de familiares

durante as atividades demonstrou que o tratamento da dependência química ultrapassa o cuidado individual, envolvendo diretamente as relações familiares e os vínculos afetivos.

Durante a oficina, diversos relatos evidenciaram a importância do suporte familiar na trajetória de recuperação dos usuários. Um dos casos observados envolveu pais que acompanhavam o filho há aproximadamente três anos no CAPS AD e que, mesmo diante da estabilização clínica, permaneciam vinculados ao serviço como forma de prevenção e manutenção do cuidado.

Outro relato significativo foi o de uma esposa que compartilhou as mudanças percebidas no comportamento do marido após três meses de tratamento. Segundo ela, o acolhimento recebido no serviço possibilitou não apenas melhora clínica do usuário, mas também transformação na dinâmica familiar, reduzindo conflitos e promovendo maior esperança em relação ao futuro.

Esses depoimentos reforçaram a compreensão de que a dependência química impacta profundamente todo o núcleo familiar. Muitos familiares relataram experiências de sofrimento emocional, desgaste psicológico e sentimentos de impotência diante da convivência prolongada com o uso abusivo de substâncias.

Ao mesmo tempo, ficou evidente que o CAPS AD busca incluir a família como parte ativa do cuidado, oferecendo espaços de acolhimento, orientação e suporte emocional. Essa abordagem amplia as possibilidades terapêuticas e fortalece a rede de apoio necessária para a continuidade do tratamento.

4.4 Análise Crítica: Potencialidades e Desafios do Serviço

A experiência permitiu identificar importantes potencialidades no modelo de atenção psicossocial desenvolvido pelo CAPS AD, especialmente no que se refere à humanização do cuidado, à atuação interdisciplinar e à valorização da família como eixo terapêutico.

Observou-se que o serviço busca desenvolver estratégias que ultrapassam intervenções exclusivamente medicamentosas, priorizando ações coletivas, oficinas terapêuticas e construção de vínculos sociais. Essa perspectiva contribui para uma abordagem mais integral da dependência química, reconhecendo os múltiplos fatores envolvidos no sofrimento psíquico.

Entretanto, também foram identificados desafios importantes relacionados à estrutura e à operacionalização do serviço. A elevada demanda assistencial e a abrangência regional do CAPS AD podem dificultar a continuidade do acompanhamento terapêutico, especialmente para usuários residentes em municípios mais distantes.

Além disso, observou-se que o espaço físico apresentou limitações diante do grande número de participantes presentes durante as atividades, ocasionando desconforto térmico e redução da mobilidade em alguns momentos. Embora tais aspectos não tenham comprometido integralmente o acolhimento oferecido, evidenciam desafios estruturais ainda presentes na rede pública de saúde mental.

Outro ponto relevante refere-se às dificuldades socioeconômicas enfrentadas por muitos usuários e familiares, que frequentemente impactam a adesão ao tratamento. Questões relacionadas à falta de transporte, vulnerabilidade social e fragilidade de vínculos familiares demonstram que o cuidado em saúde mental exige articulação constante entre diferentes políticas públicas.

Apesar desses desafios, a experiência revelou o comprometimento da equipe multiprofissional na construção de um cuidado ético, acolhedor e centrado nas necessidades dos usuários. O CAPS AD mostrou-se um espaço fundamental para promoção da dignidade, fortalecimento da autonomia e reconstrução de vínculos sociais.

5. DISCUSSÃO

A experiência vivenciada no CAPS AD evidencia que o cuidado em saúde mental, especialmente no contexto da dependência química, exige a superação de modelos centrados exclusivamente no indivíduo. O uso abusivo de álcool e outras drogas constitui fenômeno complexo e multifatorial, atravessado por aspectos biológicos, emocionais, sociais e familiares, exigindo intervenções interdisciplinares e integradas.

Os achados observados durante a visita corroboram estudos recentes que apontam o apoio familiar como um dos principais fatores de proteção no processo de reabilitação psicossocial, influenciando diretamente a adesão ao

tratamento e a manutenção da abstinência (FEITOSA et al., 2023; ASSALIN et al., 2021).

A participação da família no cuidado mostrou-se fundamental para o fortalecimento emocional do usuário e para a construção de um ambiente mais favorável ao enfrentamento da dependência química. Usuários acompanhados por familiares demonstraram maior vínculo com o serviço, melhor continuidade do tratamento e maior engajamento nas atividades terapêuticas.

Entretanto, a experiência também permitiu compreender que a família nem sempre se encontra emocionalmente preparada para exercer esse papel. Muitos familiares relataram sentimentos de exaustão, culpa, medo e impotência diante da convivência prolongada com a dependência química. Tal cenário é amplamente discutido na literatura recente, que aponta a sobrecarga emocional familiar como importante fator de sofrimento psíquico (SOUZA et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2023).

Nesse sentido, destaca-se a importância das estratégias desenvolvidas pelos CAPS AD para acolhimento e orientação familiar. Grupos terapêuticos, oficinas e ações psicoeducativas contribuem para a ressignificação do papel da família, favorecendo maior compreensão sobre a dependência química e fortalecendo os vínculos entre usuários, familiares e equipe multiprofissional.

Outro aspecto relevante refere-se à atuação interdisciplinar observada durante a visita. A integração entre diferentes profissionais possibilita um cuidado mais abrangente e alinhado às necessidades dos usuários. A troca de saberes entre as diferentes áreas da saúde favorece a construção de estratégias terapêuticas mais efetivas e individualizadas.

Além disso, a experiência reforçou a importância da escuta qualificada como instrumento terapêutico. O acolhimento oferecido pela equipe multiprofissional demonstrou potencial para fortalecer vínculos, reduzir sentimentos de exclusão e promover maior participação dos usuários no próprio processo de cuidado.

A literatura atual também destaca que práticas humanizadas e baseadas na construção de vínculos favorecem melhores resultados terapêuticos, especialmente em serviços substitutivos de saúde mental (SILVA et al., 2022). O cuidado em liberdade, associado ao fortalecimento da autonomia e da participação social, representa importante avanço em relação aos modelos manicomiais historicamente excludentes.

Por outro lado, a experiência também evidenciou desafios estruturais presentes na rede pública de atenção psicossocial. A elevada demanda assistencial, as limitações de infraestrutura e as dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelos usuários podem comprometer a continuidade do tratamento e a efetividade das ações desenvolvidas.

A distância geográfica entre o serviço e os municípios de origem de alguns usuários representa outro fator que pode dificultar o acompanhamento regular. Muitos pacientes enfrentam dificuldades relacionadas ao transporte e às condições financeiras, o que evidencia a necessidade de maior articulação entre os serviços da rede de saúde e as políticas de assistência social.

Outro aspecto importante refere-se ao estigma social associado à dependência química. Ainda hoje, muitos indivíduos em sofrimento relacionado ao uso de substâncias enfrentam preconceito, exclusão e dificuldade de reinserção social. Nesse contexto, a atuação dos CAPS AD torna-se essencial não apenas para o tratamento clínico, mas também para a promoção da cidadania e da dignidade humana.

A inclusão da família nas estratégias terapêuticas também contribui para a redução do estigma e para a reconstrução de relações fragilizadas. Quando acolhida adequadamente, a família passa a compreender a dependência química de forma menos moralizante e mais alinhada à perspectiva de cuidado em saúde.

Além disso, a experiência possibilitou importante reflexão sobre a formação médica e a necessidade de aproximação dos acadêmicos com os serviços substitutivos de saúde mental. O contato direto com usuários, familiares e profissionais permitiu ampliar a compreensão sobre o cuidado psicossocial e sobre a complexidade das demandas relacionadas à dependência química.

A vivência prática favoreceu o desenvolvimento de uma visão mais humanizada da assistência em saúde mental, contribuindo para a formação de profissionais mais sensíveis às necessidades subjetivas e sociais dos pacientes.

Por fim, os achados reforçam que a efetividade das ações desenvolvidas no CAPS AD está diretamente relacionada à capacidade do serviço de integrar a família como parte ativa do cuidado, reconhecendo simultaneamente suas fragilidades e necessidades de suporte. O tratamento da dependência química

não se sustenta apenas em intervenções clínicas ou medicamentosas, mas depende da construção de redes de apoio sólidas e da valorização das relações humanas.

6. CONCLUSÃO

A experiência vivenciada no CAPS AD permitiu compreender que o cuidado em saúde mental no contexto da dependência química exige uma abordagem ampliada, interdisciplinar e humanizada, capaz de considerar não apenas o indivíduo, mas também sua rede de relações sociais e familiares.

A participação da família mostrou-se elemento central no processo terapêutico, influenciando diretamente a adesão ao tratamento, a manutenção da abstinência e a reconstrução dos vínculos sociais. O suporte familiar foi identificado como importante fator de proteção, favorecendo melhores desfechos clínicos e maior continuidade do cuidado.

Entretanto, também se observou que muitos familiares vivenciam intenso sofrimento emocional, sobrecarga e fragilidade psicológica, o que reforça a necessidade de estratégias específicas de acolhimento e orientação voltadas a esse público.

Nesse contexto, destaca-se a relevância do CAPS AD enquanto serviço substitutivo comprometido com a promoção do cuidado em liberdade, com a valorização da escuta qualificada e com a construção de práticas terapêuticas fundamentadas na integralidade do cuidado.

A atuação multiprofissional e a realização de espaços coletivos de escuta e troca de experiências demonstraram potencial significativo para fortalecimento dos vínculos terapêuticos e promoção da reabilitação psicossocial.

Além disso, a experiência permitiu refletir sobre os desafios ainda presentes na atenção psicossocial, incluindo limitações estruturais, dificuldades de acesso aos serviços e persistência do estigma relacionado à dependência química.

Dessa forma, conclui-se que o fortalecimento das redes de apoio familiar e comunitário constitui elemento indispensável para a efetividade do cuidado em saúde mental. Investir em estratégias de inclusão da família, acolhimento humanizado e ampliação das políticas públicas de atenção psicossocial torna-se fundamental para promover não apenas a redução do uso de substâncias, mas também a reconstrução da autonomia, da dignidade e da cidadania dos usuários.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_caps.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- CARIAS, A. R.; GRANATO, L. A. A influência dos fatores psicossociais no tratamento da dependência química. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, n. 2, p. 1–12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e200180>.
- FEITOSA, R. M. et al. Adesão ao tratamento em usuários de substâncias psicoativas: papel da família e dos serviços de saúde. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 5, p. e12312567890, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i5.56789.
- OLIVEIRA, M. F. et al. A importância do suporte familiar no tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 3, p. e20220123, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0123.
- SILVA, J. P. et al. Rede de apoio e saúde mental: impactos na reabilitação psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1453–1462, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022274.12342021.
- SOUZA, L. R. et al. Sobrecarga familiar no contexto da dependência química: desafios e estratégias de enfrentamento. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 89, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055001234.
- ASSALIN, A. C. et al. Adesão ao tratamento em saúde mental: fatores associados em serviços substitutivos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, p. e3456, 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.1234.3456.
- RODRIGUES, T. F. et al. Desafios da atenção psicossocial no cuidado a usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 456–468, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113112.
- NACAMURA, P. A. et al. O papel da família no cuidado em saúde mental: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 12, n. 1, p. 34–45, 2020.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ACESSIBILIDADE NO ENSINO MÉDICO: Reflexões a Partir da Experiência de um Estudante com Deficiência Física

Antonio Luiz Martins de Oliveira Pereira

Maria Antônia Noventa
Professora Doutora – Uni-FACEF
maria.noventa@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a pauta da inclusão e acessibilidade no ensino superior brasileiro tem ganhado maior visibilidade, impulsionada por legislações e políticas públicas que visam garantir o direito à educação para pessoas com deficiência. A promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) consolidou diretrizes fundamentais para assegurar condições de igualdade no acesso, permanência e participação desses estudantes nos diversos níveis de ensino (BRASIL, 2015). No entanto, apesar dos avanços legais, persistem desafios significativos no contexto do ensino médico, marcado por uma estrutura curricular tradicional, exigências práticas intensas e, muitas vezes, pela ausência de adaptações pedagógicas eficazes.

A presença de estudantes com deficiência física em cursos de Medicina tem suscitado importantes reflexões sobre a construção de ambientes educacionais acessíveis, não apenas do ponto de vista arquitetônico, mas também metodológico e atitudinal. A formação médica, por sua natureza prática e exigente, exige que instituições de ensino repensem seus espaços, dispositivos avaliativos e estratégias pedagógicas para garantir que todos os discentes possam desenvolver suas competências de forma plena e equitativa.

Neste contexto, relatos de experiência de estudantes com deficiência representam valiosas fontes de conhecimento, pois evidenciam tanto os obstáculos enfrentados quanto as soluções possíveis para a promoção de uma educação médica mais inclusiva.

A garantia de acessibilidade nos serviços de saúde e no ambiente acadêmico configura-se como condição essencial para a efetivação dos princípios constitucionais de igualdade e do pleno exercício dos direitos à educação e à saúde.

No Brasil, onde vivem cerca de 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, segundo dados do IBGE (2019), observa-se que apenas 5% dessa população alcançou o ensino superior completo. Essa realidade evidencia profundas disparidades no acesso e na permanência no sistema educacional, especialmente em cursos com elevada carga prática, como o de Medicina.

Tais disparidades contrastam com os recentes avanços normativos, como a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e a Lei de Cotas no Ensino Superior (Lei nº 13.409/2016), revelando o descompasso entre o arcabouço legal e sua aplicação efetiva no cotidiano acadêmico e profissional. A formação médica, nesse contexto, apresenta desafios ainda mais agudos, uma vez que disciplinas práticas, como Integração em Saúde na Comunidade (IESC), frequentemente reproduzem barreiras arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais que deveriam ser superadas pelo próprio sistema de saúde que se pretende construir.

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a acessibilidade no ensino médico a partir da vivência de um discente com deficiência física, contribuindo para o debate sobre a necessidade de uma formação comprometida com a equidade e com os princípios da educação inclusiva.

2. METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se como um relato de experiência, caracterizado por descrever e refletir sobre vivências pessoais em um contexto educacional específico, com ênfase na subjetividade e no olhar reflexivo do autor-participante. Segundo Minayo (2012), relatos de experiência são instrumentos válidos para a produção de conhecimento, especialmente em áreas que envolvem interações humanas, como a educação e a saúde, permitindo que se revelem nuances do cotidiano que nem sempre são captadas por métodos quantitativos.

A experiência narrada neste estudo refere-se à trajetória de um estudante com deficiência física durante sua formação em Medicina em uma instituição pública de ensino superior brasileira. A escolha metodológica está ancorada na abordagem qualitativa, de natureza descritivo-reflexiva, centrada na vivência do autor, que, ao mesmo tempo em que vivencia o processo, também o analisa à luz de referenciais teóricos da acessibilidade e da inclusão.

Os dados foram sistematizados a partir de anotações em diário de campo, memórias acadêmicas e registros pessoais acumulados ao longo dos primeiros anos do curso, bem como por meio da análise de documentos institucionais relevantes, como planos de ensino, regulamentos acadêmicos e diretrizes curriculares. A experiência foi organizada em eixos temáticos, os quais representam os principais desafios e aprendizados vivenciados, incluindo barreiras arquitetônicas, limitações no acesso a atividades práticas, interações com docentes e colegas, e estratégias de enfrentamento e superação.

As reflexões apresentadas foram fundamentadas em literatura especializada sobre educação inclusiva, acessibilidade e formação médica, buscando promover um diálogo entre a experiência pessoal e os marcos teóricos e normativos que orientam o direito à educação das pessoas com deficiência.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A trajetória acadêmica de um estudante com mobilidade reduzida nos três primeiros anos do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) exemplifica os desafios estruturais ainda presentes na educação médica brasileira. Tal experiência, especialmente no contexto da disciplina Interação em Saúde na Comunidade (IESC), permite observar, sob uma perspectiva crítica, as barreiras enfrentadas por discentes com deficiência, as quais transcendem o campo individual e impactam a formação de todos os estudantes ao restringirem vivências reais de inclusão e acessibilidade.

O estudante em questão nasceu com mielomeningocele, condição congênita diagnosticada ao nascimento, cujas repercussões moldaram não apenas sua vida pessoal, mas também a de seus familiares e o contexto social ao qual está inserido. Mesmo diante das adversidades, foi possível desenvolver trajetória marcada por múltiplas formações e experiências profissionais, incluindo graduações em História e Educação Física, além de atuação no serviço público federal por 17 anos. Em 2020, após aprovação no vestibular para o curso de Medicina da Uni-FACEF, ingressou na instituição por meio de vaga reservada a pessoas com deficiência.

Desde o início, buscou-se identificar e antecipar obstáculos estruturais que pudessem comprometer a vivência acadêmica. A ausência de ergonomia em equipamentos laboratoriais, como microscópios e mesas cirúrgicas, bem como a inadequação de sanitários, dispensadores e lousas, evidenciou a falta de preparação dos espaços para acolher a diversidade funcional. A rápida adaptação de um microscópio com projeção em monitor ilustra como soluções simples podem promover inclusão quando há abertura institucional ao diálogo.

A rotina diária do estudante envolve múltiplas etapas que demandam tempo adicional em razão das necessidades específicas impostas por sua condição. Cada tarefa exige planejamento e esforço para sua efetiva conclusão, desde a negociação para a obtenção de local para realização de cateterismo intermitente seguro, até as tratativas para um transporte em veículo adaptado que possibilitasse os deslocamentos demandados do IESC. A possibilidade de estacionar no campus universitário foi conquistada após solicitação formal, demonstrando a necessidade constante de negociação para garantir segurança e autonomia.

O transporte até as unidades básicas de saúde, etapa fundamental da disciplina IESC, também exigiu adaptações. A alternativa encontrada — uso de táxi conveniado — foi resultado de diálogo institucional e visou assegurar o direito de participação em igualdade de condições. A imprevisibilidade das visitas domiciliares, especialmente em residências com barreiras físicas, foi parcialmente superada com o apoio dos colegas de grupo, que auxiliaram na mobilização da cadeira de rodas.

No ambiente de tutoria, o método PBL (Problem-Based Learning) revelou limitações no mobiliário e na estrutura das salas. A altura das lousas e a visibilidade dos monitores dificultaram a participação plena do estudante, restringindo a equidade no exercício das atividades acadêmicas. Na formação em habilidades médicas, a ausência de protocolos adaptados exigiu do estudante a criação de estratégias pessoais para realizar exames físicos de forma eficiente, segura e respeitosa.

Durante o terceiro ano, persistiram os desafios relacionados à adequação de macas e mesas do centro cirúrgico. A utilização de uma maca de transporte com regulagem de altura tem sido a única solução provisória, embora

ainda demande auxílio de terceiros. A busca por maior autonomia permanece como uma demanda legítima e urgente.

No decorrer das atividades do IESC, observou-se uma ampliação do contato com a comunidade e com equipamentos de saúde vinculados ao SUS. Essas vivências fortaleceram a identidade do estudante como agente de transformação social e promotor de educação em saúde, reafirmando a potência da representatividade e da inclusão na formação médica.

4. REFLEXÕES

Durante minha trajetória no curso de Medicina, enfrentei inúmeros desafios relacionados à acessibilidade, não apenas no sentido físico, mas também pedagógico e atitudinal. Enquanto estudante com deficiência física, percebo que as barreiras ultrapassam o concreto das escadas e das portas estreitas. Elas se manifestam, sobretudo, na ausência de sensibilização da comunidade acadêmica quanto à inclusão plena.

Lembro-me de um episódio em que a sala de aula havia sido realocada para um andar sem elevador. A decisão foi tomada sem consulta prévia, e apenas quando me viram aguardando no térreo, alguém se deu conta da limitação imposta. Esse tipo de situação, infelizmente, não é pontual. Repetem-se em práticas clínicas, aulas práticas e até mesmo em avaliações.

Com o tempo, entendi o valor da reivindicação e que o cumprimento do direito não era um favor, mas confesso que isso exigiu um desgaste emocional significativo. Muitas vezes, senti que precisava justificar constantemente minha presença e capacidade, como se estivesse em débito com a estrutura tradicional da formação médica. Esse sentimento é compartilhado pela comunidade de pessoas com deficiência, uma vez que o capacitismo é estrutural e estruturante do nosso imaginário e da nossa prática, de modo que ele evidencia o quanto o ensino médico ainda se estrutura sobre um modelo padronizado de aluno, que não contempla a diversidade funcional.

No entanto, também vivenciei experiências transformadoras. Professores que adaptaram suas metodologias, colegas que se tornaram aliados, e gestores que acolheram as demandas com respeito e responsabilidade. Esses

momentos mostram que a inclusão não depende apenas de infraestrutura, mas de uma mudança cultural que começa pelo reconhecimento da singularidade de cada estudante.

Reconheço que nenhuma estrutura é perfeita, mas o compromisso da instituição em buscar soluções, mesmo diante de limitações orçamentárias ou estruturais, foi fundamental para minha formação. A escuta atenta, o diálogo respeitoso e a vontade de aprender com a experiência do estudante com deficiência tornaram-se, para mim, sinais claros de um ambiente que valoriza a inclusão.

Essas vivências me fizeram crescer não apenas como estudante, mas também como ser humano. Aprendi a defender meus direitos com responsabilidade, a colaborar com a construção de um espaço mais acessível para todos, e a reconhecer que inclusão é um processo contínuo, que se fortalece com o envolvimento coletivo.

Esse percurso me fez refletir sobre o tipo de profissional que quero ser: alguém sensível às múltiplas formas de existência, atento às necessidades do outro e comprometido com a construção de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo. Assim, lutar pela acessibilidade dentro do ambiente universitário é também um exercício de cidadania e empatia.

Sinto orgulho de fazer parte de uma instituição que, apesar dos desafios, caminha com firmeza na direção de um ensino mais acessível, equitativo e humano. Essa experiência reafirmou meu compromisso com a medicina e com a construção de uma sociedade mais justa e sensível às diferenças.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência vivenciada por um estudante com deficiência física no curso de Medicina revelou um conjunto complexo de desafios relacionados à acessibilidade, que transcendem as barreiras físicas e se estendem ao campo pedagógico, institucional e simbólico. Tais obstáculos, longe de constituírem exceções, evidenciam lacunas estruturais ainda presentes na formação médica, mesmo diante dos avanços normativos representados pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina.

No âmbito da infraestrutura, observou-se a insuficiência de adaptações físicas em espaços essenciais à formação médica, como laboratórios, salas de aula e ambientes clínicos. A ausência de mobiliário adequado – como mesas compatíveis com cadeiras de rodas, lousas acessíveis, espelhos e dispensadores de sabão em altura apropriada – comprometeu a autonomia do estudante e expôs a incompatibilidade entre o espaço acadêmico e as necessidades de corpos diversos. Esses achados dialogam com estudos que denunciam a exclusão implícita nos espaços educacionais, concebidos segundo um padrão corporal hegemônico (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

No campo pedagógico, destacou-se a ausência de estratégias metodológicas adaptadas à diversidade funcional. Atividades como a relatoria de tutoria no modelo PBL (Problem-Based Learning) e o treinamento em habilidades médicas foram estruturadas sem considerar as limitações impostas pela deficiência, exigindo do estudante a criação de soluções improvisadas. Tal cenário revela a escassa formação docente para lidar com a inclusão e a necessidade urgente de incorporar práticas pedagógicas mais inclusivas na formação dos profissionais da saúde.

As práticas de campo, especialmente as visitas domiciliares e os deslocamentos até unidades básicas de saúde (UBS), também apresentaram desafios significativos. O transporte coletivo utilizado pelos discentes não era adaptado, o que exigiu articulação institucional para viabilizar alternativas como o uso de táxis conveniados. Ademais, a imprevisibilidade das condições arquitetônicas dos domicílios visitados limitava a participação plena do estudante, evidenciando o quanto a formação médica ainda carece de planejamento para integrar estudantes com deficiência de forma equitativa.

Em contraponto às barreiras identificadas, destacam-se as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelo estudante, com apoio de colegas e de determinados setores institucionais. A disponibilização de tecnologias assistivas, como o microscópio com projeção em tela, e a concessão de vaga de estacionamento no campus são exemplos de respostas positivas da instituição, embora ainda insuficientes para uma inclusão plena e sistemática. Tais experiências apontam para a importância de políticas institucionais ativas, que não se limitem ao

cumprimento formal da legislação, mas que promovam transformações estruturais e culturais no ambiente acadêmico.

A análise crítica da trajetória do estudante permitiu compreender que as barreiras enfrentadas não impactam apenas o seu percurso formativo, mas também enfraquecem a formação dos demais discentes, que deixam de conviver com a diversidade e de internalizar, na prática, os princípios de equidade e inclusão fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, garantir a acessibilidade no ensino médico não é apenas um direito individual, mas um imperativo ético e pedagógico para a construção de uma medicina mais humanizada e democrática.

Propostas para a Melhoria da Inclusão no Ensino Médico

Para que a inclusão de estudantes com deficiência física no ensino médico seja efetiva, é necessário um conjunto de ações que transcenda a simples adaptação física dos espaços. Essas ações devem ser sistemáticas e integradas ao cotidiano institucional, visando a transformação da cultura acadêmica e a promoção de uma educação verdadeiramente inclusiva. A seguir, são apresentadas algumas propostas para a melhoria da inclusão no ensino médico.

Capacitação Contínua dos Docentes

Os professores desempenham um papel fundamental na construção de um ambiente educacional inclusivo. Para isso, é imprescindível que recebam formação contínua sobre práticas pedagógicas inclusivas, estratégias de adaptação curricular e uso de tecnologias assistivas. A inclusão no ensino médico não pode ser encarada como uma responsabilidade isolada do estudante com deficiência, mas sim como um compromisso coletivo da instituição. Programas de capacitação que envolvam questões como metodologias ativas adaptadas, o uso de recursos de acessibilidade digital e a sensibilidade para lidar com a diversidade são fundamentais para transformar a realidade das salas de aula e dos espaços de ensino (SIEG, 2025).

Revisão e Redesenho do Projeto Pedagógico do Curso

É fundamental que o projeto pedagógico dos cursos de Medicina seja revisado para incluir a diversidade de corpos e a variedade de necessidades funcionais. A integração de políticas de acessibilidade deve ser explícita no currículo, com o objetivo de garantir que as práticas pedagógicas, os conteúdos e as avaliações sejam acessíveis a todos os alunos. Isso pode incluir a adaptação de métodos de ensino, como o uso do ensino híbrido ou a personalização de atividades práticas, e a consideração de ajustes nas avaliações, que devem ser feitas de forma a respeitar a individualidade e as limitações de cada estudante (PAES et al., 2024)

Implementação de Núcleos de Acessibilidade Específicos para Cursos da Saúde

Criar núcleos de acessibilidade especializados nos cursos da área da saúde é uma ação essencial. Esses núcleos poderiam oferecer suporte específico para estudantes com deficiência, orientando tanto a equipe pedagógica quanto os estudantes em questões como adaptações de ambientes clínicos e práticas em campo. Além disso, poderiam promover a interação entre diferentes cursos da saúde (medicina, fisioterapia, enfermagem, etc.), favorecendo o desenvolvimento de uma visão mais integrada da saúde e da inclusão entre os futuros profissionais (PAES et al., 2024).

Apoio ao Uso de Tecnologias Assistivas

O uso de tecnologias assistivas é um recurso essencial para garantir a plena participação dos estudantes com deficiência nas atividades acadêmicas. O investimento em ferramentas como softwares de leitura, sistemas de legendagem, dispositivos de comunicação aumentativa e recursos adaptados a diferentes necessidades motoras e sensoriais são fundamentais para garantir a autonomia dos alunos. Além disso, a disponibilização de materiais didáticos acessíveis e a promoção de sua utilização em todas as etapas do processo educacional são necessárias para a inclusão de fato (RIBEIRO et. al., 2023).

Monitoramento e Avaliação Participativa da Inclusão

A construção de uma universidade inclusiva deve ser acompanhada de forma constante. Isso implica em mecanismos de avaliação que envolvam diretamente os estudantes com deficiência. A criação de espaços para a participação ativa dos alunos no processo de monitoramento das ações de inclusão, como conselhos ou comissões de acessibilidade, pode garantir que as mudanças implementadas atendam às reais necessidades dos discentes. Essas avaliações também devem ser contínuas, permitindo ajustes periódicos e a adaptação das práticas institucionais.

Essas propostas visam a construção de uma estrutura educacional mais inclusiva e equitativa, garantindo que todos os estudantes, independentemente de suas condições físicas, tenham acesso às mesmas oportunidades de aprendizado e formação (OLIVEIRA, SAIGH JURDI, SANTOS, 2024).

A Experiência Vivenciada

O ingresso na universidade representou um marco significativo na trajetória pessoal e acadêmica do estudante. No entanto, desde o início da graduação, tornaram-se evidentes diversas limitações estruturais, como a inadequação de salas de aula, laboratórios e unidades de ensino-serviço para a locomoção segura e autônoma. A ausência de elevadores ou sua constante inoperância, a presença de escadas sem alternativas acessíveis, e a precariedade na adaptação de mobiliários comprometeram a plena participação nas atividades curriculares.

Além das barreiras físicas, foram identificadas dificuldades no campo pedagógico. A escassez de materiais adaptados e a rigidez na metodologia evidenciaram um despreparo institucional para lidar com a diversidade funcional dos estudantes.

Do ponto de vista relacional, existiram muitos exemplos de acolhimento e solidariedade por parte de docentes e colegas, sendo raras as situações onde o capacitismo foi explícito. Tal cenário, quando ocorre, acaba por impactar a saúde mental e a autoestima, de modo que o discente precisou desenvolver mecanismos pessoais de enfrentamento e buscar apoio em redes externas à universidade.

No decorrer do curso, foram realizadas tentativas de diálogo com a coordenação, setores administrativos e docentes, no intuito de sensibilizar a comunidade acadêmica para a necessidade de adaptações razoáveis e de uma política institucional de inclusão efetiva. A criação de comissões, a participação em grupos de apoio e a articulação com o Núcleo de Acessibilidade da universidade foram estratégias defendidas para ampliar a visibilidade das demandas e promover mudanças estruturais.

6. CONCLUSÃO

A análise da trajetória de um estudante com deficiência física no curso de Medicina evidencia a permanência de barreiras que comprometem a efetividade do direito à educação inclusiva, mesmo diante dos avanços legislativos e das diretrizes curriculares que orientam a formação médica. As dificuldades enfrentadas — sejam estruturais, pedagógicas ou atitudinais — não apenas restringem a autonomia e o desempenho acadêmico dos estudantes com deficiência, mas também revelam limitações institucionais que fragilizam a formação de futuros médicos em sua dimensão ética, social e humana.

A experiência aqui relatada demonstra que a inclusão, para além de um cumprimento normativo, deve ser compreendida como compromisso político e pedagógico, exigindo transformações profundas no modo como os cursos de Medicina são concebidos e operacionalizados. A valorização da diversidade corporal e funcional deve ser incorporada como dimensão estruturante dos currículos, das práticas pedagógicas e da cultura institucional.

Portanto, a construção de um ambiente universitário acessível, equitativo e socialmente justo requer a implementação de políticas institucionais permanentes, a formação continuada de docentes, o redesenho de práticas avaliativas e o fortalecimento de instâncias de apoio específicas. Somente assim será possível garantir que todos os estudantes, independentemente de suas condições físicas, possam exercer plenamente o direito à educação e contribuir, com suas singularidades, para uma medicina mais inclusiva, ética e comprometida com a justiça social.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato evidencia, sob uma perspectiva singular, as barreiras e conquistas enfrentadas por pessoas com deficiência no ensino médico. Ao provocar a reflexão sobre o papel das instituições de ensino superior na consolidação de práticas inclusivas, aponta-se para a necessidade de ações concretas que assegurem o direito à educação em sua plenitude.

Superar o capacitismo exige vigilância constante e o cultivo de uma cultura institucional que reconheça o valor da diversidade funcional como elemento enriquecedor da formação humana e profissional. Somente assim será possível construir uma sociedade na qual os indivíduos não sejam definidos por suas limitações, mas por sua capacidade de buscar a autorrealização e contribuir para um mundo mais justo e inclusivo.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Lei nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016.** Altera a Lei nº 12.711/2012 para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2016.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. dos. **Deficiência, direitos humanos e justiça.** *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 65-77, jun. 2009.

PEREIRA, R. R. et al. **Inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: uma revisão sistemática.** *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 29, p. 147-160, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, A. M.; SAIGH JURDI, A. P.; SANTOS, M. C. **Acessibilidade e inclusão da pessoa com deficiência na avaliação institucional do Ensino Superior: pesquisa documental.** *Debates em Educação*, v. 16, n. 38, 2024.

PAES, C. M.; et. al. **Acessibilidade da inclusão no ensino superior em saúde.** *Arquivo Brasileiro de Educação*, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, 2024. Disponível em:

<https://periodicos.pucminas.br/arquivobrasileiroeducacao/article/download/34554/22980/>. Acesso em: 02 maio 2025.

RIBEIRO, E. T. et al. **O uso das tecnologias assistivas como uma ferramenta inclusiva na educação especial.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 08, ago. 2023.

SIEG, J. C. O. M. **A importância da formação continuada de professores para a educação inclusiva.** *International Integralize Scientific*, v. 5, n. 46, 2025.

AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE: relato de experiência de acadêmicas de Medicina em atividade de extensão em um centro comunitário

Bruna Carrijo Melo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
25769@unifacef.edu.br

Maria Luiza Lopes Fernandes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
25352@unifacef.edu.br

Márcia Aparecida Giacomini
Doutora em Ciências - Docente – Uni-FACEF
marciagiacomini@facef.br

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde constitui um conjunto de estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, por meio da prevenção de doenças e da disseminação de informações que incentivem práticas saudáveis, sendo um dos pilares fundamentais da atenção à saúde, especialmente no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2017). Nesse contexto, ações comunitárias desempenham papel relevante ao possibilitar o acesso da população ao conhecimento acadêmico e às orientações em saúde, bem como à identificação precoce de fatores de risco e condições clínicas frequentemente subdiagnosticadas, como a hipertensão arterial sistêmica, reconhecida como um importante problema de saúde pública (BRANDÃO et al., 2025).

Além disso, atividades educativas em espaços comunitários tornam-se estratégias eficazes para promover o autocuidado e ampliar o acesso à informação pela comunidade, em consonância com os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018), que enfatiza a autonomia dos indivíduos e a adoção de práticas saudáveis. Tais ações favorecem a articulação entre teoria e prática e contribuem para o desenvolvimento de competências essenciais à formação profissional do estudante, como habilidades clínicas básicas, comunicação

interpessoal, escuta qualificada e abordagem humanizada do paciente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Tais experiências também ampliam a compreensão dos determinantes sociais da saúde e das vulnerabilidades presentes no território.

A extensão universitária, nesse contexto, configura-se como um importante eixo da formação em saúde, ao promover a articulação entre ensino, pesquisa e comunidade. Por meio dessas atividades, os acadêmicos têm a oportunidade de vivenciar na prática os conteúdos teóricos abordados em sala de aula, desenvolvendo senso crítico, responsabilidade social e maior compreensão das demandas reais da população. Além disso, tais experiências contribuem para a formação de profissionais mais preparados para atuar de forma integral, humanizada e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem durante a realização de uma ação comunitária de promoção à saúde, destacando as atividades desenvolvidas, os aprendizados obtidos e as limitações observadas no contexto da prática.

2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido a partir de vivência de acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior do estado de São Paulo, durante a realização de uma ação comunitária ocorrida em 06 de setembro de 2025, em um centro comunitário da cidade. A atividade foi organizada sob supervisão docente e integrou um evento intersetorial, que contou com a participação de diferentes áreas e iniciativas voltadas à promoção da saúde e ao bem-estar da população local.

O evento ocorreu no período da manhã em um centro comunitário em parceria com um Centro de Referência e Assistência Social e incluiu diversas atividades simultâneas, como oficinas recreativas para crianças, oferta de café da manhã, apresentações culturais e serviços comunitários. Nesse contexto, os acadêmicos foram responsáveis pela realização de ações voltadas à educação em

saúde e à prevenção de agravos, com foco na aferição da pressão arterial, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, instruções quanto ao descarte correto de medicamentos e treinamento em manobras de desengasgo em adultos e crianças, conforme demonstrado na Figura 1.



Figura 1 - Demonstração de manobra de desengasgo em lactente utilizando simulador durante atividade educativa comunitária.

Fonte: Acervo das autoras (2025).

Para a execução das atividades, foi estruturado um espaço de atendimento no qual os participantes eram acolhidos de forma individual. Inicialmente, realizava-se a aferição da pressão arterial, seguindo as recomendações técnicas preconizadas na literatura (BARROSO et al., 2021), com posterior registro das informações coletadas, incluindo idade, presença de comorbidades, uso de medicamentos e valores pressóricos obtidos no momento da avaliação. A partir dos resultados, eram fornecidas orientações individualizadas, considerando as necessidades específicas de cada participante.

Para a organização das atividades, os acadêmicos foram distribuídos em duplas, de modo a otimizar o fluxo de atendimento e garantir maior qualidade

nas orientações prestadas. Uma das duplas ficou responsável pelas orientações e treinamento em manobras de desengasgo, utilizando simuladores disponibilizados pela instituição de ensino, incluindo manequim pediátrico e colete específico para simulação em adultos. As demais duplas atuaram na aferição da pressão arterial e orientação em saúde. Nessa atividade, um dos integrantes realizava a aferição, enquanto o outro era responsável pelo registro dos dados e pelo apoio nas orientações, havendo posterior revezamento das funções entre os membros. Para a mensuração da pressão arterial, foram utilizados aparelhos automáticos, considerando a praticidade e a redução de interferências externas, como ruídos do ambiente. Quando necessário, especialmente em casos de inadequação do manguito ao braço do participante, realizou-se a aferição por método auscultatório, com uso de esfigmomanômetro analógico e estetoscópio.

Adicionalmente, foram disponibilizados materiais educativos impressos, como panfletos informativos sobre o descarte correto de medicamentos, que permaneceram acessíveis nas mesas de atendimento, conforme ilustrado na Figura 2, reforçando as orientações fornecidas verbalmente.

Além da organização estrutural, a execução da atividade demandou adaptação constante por parte dos acadêmicos, especialmente em função da dinâmica do ambiente e da diversidade do público atendido. A presença simultânea de diferentes atividades no local, associada ao fluxo variável de participantes, exigiu das estudantes habilidades de comunicação, organização e tomada de decisão em tempo real. Nesse contexto, a atuação em duplas mostrou-se estratégica não apenas para otimizar o atendimento, mas também para favorecer o aprendizado colaborativo, possibilitando a troca de conhecimentos entre os próprios acadêmicos.

Ademais, observou-se que fatores como ruído ambiental, limitações estruturais do espaço e heterogeneidade dos participantes influenciaram diretamente a condução das atividades, exigindo flexibilidade na abordagem e reforçando a importância da adaptação das práticas de saúde ao contexto comunitário.

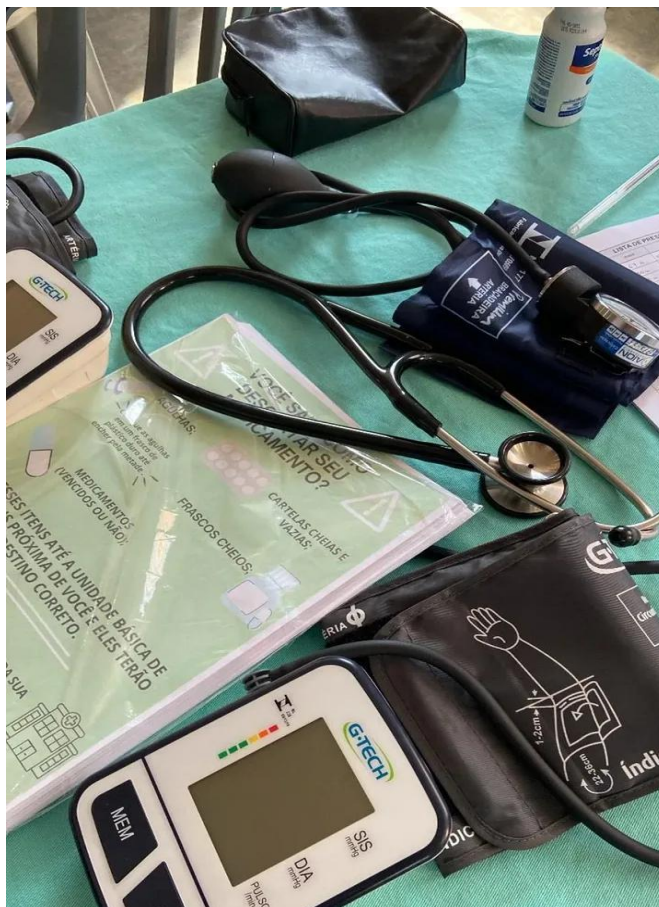


Figura 2 - Materiais utilizados para aferição da pressão arterial e registro de dados durante ação comunitária realizada em centro comunitário em município do interior do estado de SP, 2025.

Fonte: Acervo das autoras (2025).

Durante a ação, observou-se a presença de indivíduos previamente diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, tanto com níveis pressóricos controlados quanto alterados, além de participantes sem diagnóstico prévio que apresentaram valores elevados no momento da aferição. Nesses casos, enfatizou-se a importância do acompanhamento em serviços de saúde, especialmente na atenção primária, conforme preconizado pelas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (BARROSO et al., 2021).

Destaque importante deve ser dado a um paciente idoso que foi ao evento buscando aferir a pressão arterial e relatando que sentia, com frequência, fortes dores de cabeça que irradiavam para a região nuchal. Durante o atendimento, foram constatados níveis pressóricos característicos de crise hipertensiva, segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (BARROSO et al., 2021), em que há elevação da PAS > 180 e/ou PAD > 110 mmHg. Para esse caso, a conduta realizada foi a orientação sobre quando buscar o Serviço de Pronto Atendimento e

sobre medidas não medicamentosas que podem ser eficazes na redução dos níveis pressóricos a médio/longo prazo, como alimentação correta, abandono do hábito de etilismo e prática de atividades físicas.

Assim, além dos aspectos técnicos, a experiência foi marcada por intensa interação com a comunidade, possibilitando momentos de escuta ativa e troca de experiências. Destaca-se a abordagem de participantes em situação de vulnerabilidade, evidenciando a relação entre condições de saúde e fatores psicossociais, como estresse, conflitos familiares e hábitos de vida, aspectos amplamente discutidos como determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2008).

Adicionalmente, as orientações sobre manobras de desengasgo e descarte adequado de medicamentos contribuíram para a ampliação do conhecimento da população em temas relevantes para a segurança e a promoção da saúde, reforçando o papel da educação em saúde como estratégia fundamental na prevenção de agravos.

3. DISCUSSÃO COM REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Importância das ações comunitárias na promoção da saúde

A experiência vivenciada evidencia o papel das ações comunitárias como estratégias relevantes na promoção da saúde e na identificação precoce de agravos, especialmente no contexto da atenção primária. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a promoção da saúde e a prevenção de doenças constituem diretrizes fundamentais para a organização do cuidado, sendo as atividades extramuros importantes ferramentas para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Nesse sentido, ações desenvolvidas em espaços comunitários possibilitam a aproximação entre os serviços de saúde e a população, favorecendo a identificação de necessidades locais e a construção de vínculos, aspectos fundamentais para a efetividade das intervenções em saúde. Além disso, tais estratégias contribuem para reduzir barreiras de acesso, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade, ampliando o alcance das práticas de cuidado.

3.2 Rastreamento da hipertensão arterial no contexto comunitário

A aferição da pressão arterial realizada durante a ação mostrou-se uma medida simples, porém de grande impacto, permitindo a identificação de indivíduos com níveis pressóricos elevados, inclusive aqueles sem diagnóstico prévio. Tal achado é consistente com a literatura, que aponta a hipertensão arterial sistêmica como uma condição de elevada prevalência e frequentemente subdiagnosticada, muitas vezes assintomática, o que reforça sua caracterização como uma “doença silenciosa” (BARROSO et al., 2021).

A ausência de sintomas na maior parte dos casos contribui para o diagnóstico tardio, aumentando o risco de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Nesse contexto, estratégias de rastreamento em nível comunitário tornam-se fundamentais, uma vez que possibilitam a detecção precoce de alterações pressóricas e o encaminhamento oportuno para avaliação e acompanhamento nos serviços de saúde (BARROSO et al., 2021).

Assim, ações simples, como a aferição da pressão arterial em espaços não convencionais, mostram-se eficazes na ampliação do diagnóstico e no fortalecimento das práticas de prevenção em saúde.

Além disso, a elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil, associada ao seu caráter silencioso, reforça a necessidade de estratégias de rastreamento em diferentes cenários de cuidado. Estima-se que uma parcela significativa dos indivíduos hipertensos desconheça seu diagnóstico, o que contribui para o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2017). Nesse sentido, ações comunitárias assumem papel complementar aos serviços de saúde, ampliando as oportunidades de detecção precoce e favorecendo o encaminhamento oportuno para acompanhamento na rede de atenção.

3.3 Papel da atenção primária à saúde no cuidado longitudinal

A identificação de indivíduos com níveis pressóricos alterados durante a ação reforça a importância da articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e responsável pela coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

A APS desempenha papel central no acompanhamento longitudinal dos usuários, possibilitando o monitoramento contínuo das condições de saúde, a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações. Além disso, o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários favorece a construção de um cuidado mais integral e resolutivo, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores sociais e emocionais envolvidos no processo saúde-doença (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a identificação de alterações durante ações comunitárias deve estar articulada com a rede de atenção à saúde, garantindo o encaminhamento adequado e a continuidade do cuidado.

Nesse contexto, destaca-se que a APS não apenas atua como porta de entrada do sistema, mas também como ordenadora do cuidado, sendo responsável pela coordenação das ações e pela continuidade do acompanhamento dos usuários ao longo do tempo. O fortalecimento desse nível de atenção é fundamental para garantir a efetividade das intervenções realizadas em ações comunitárias, uma vez que possibilita o seguimento clínico, a adesão ao tratamento e a prevenção de agravos, consolidando um cuidado integral e centrado nas necessidades do indivíduo (BRASIL, 2017).

3.4 Determinantes sociais da saúde e abordagem integral

Além do aspecto clínico, a experiência destacou a relevância da escuta qualificada e da abordagem integral do indivíduo. Situações observadas durante a atividade evidenciaram a influência de fatores psicossociais, como conflitos familiares, uso de álcool e condições emocionais, no processo saúde-doença.

Esses achados dialogam com o conceito de determinantes sociais da saúde, entendidos como fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam as condições de saúde da população (BRASIL, 2008). Nesse sentido, tais aspectos também são contemplados nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, que reconhece a saúde como resultado de múltiplos fatores e incentiva ações voltadas à melhoria das condições de vida (BRASIL, 2018).

A compreensão desses determinantes é essencial para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais abrangentes, que considerem o indivíduo em sua totalidade e promovam intervenções mais eficazes.

3.5 Educação em saúde como estratégia de empoderamento

Outro ponto relevante refere-se ao papel da educação em saúde, evidenciado nas orientações fornecidas aos participantes sobre hábitos de vida, uso correto de medicamentos, manobras de desengasgo e descarte adequado de resíduos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), ações educativas contribuem para o empoderamento dos indivíduos, favorecendo a autonomia, a tomada de decisões informadas e a adoção de práticas saudáveis. Nesse contexto, a educação em saúde ultrapassa a simples transmissão de informações, configurando-se como um processo que promove a participação ativa dos sujeitos no cuidado com a própria saúde.

Tais práticas estão alinhadas aos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018), que preconiza o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, o incentivo ao autocuidado e o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à melhoria das condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, a educação em saúde configura-se como uma ferramenta essencial na prevenção de agravos e na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis.

Além disso, a educação em saúde, quando desenvolvida de forma dialógica e participativa, favorece a construção compartilhada do conhecimento, valorizando os saberes populares e promovendo maior engajamento dos indivíduos no cuidado com a própria saúde. Diferentemente de abordagens meramente informativas, estratégias educativas que estimulam a reflexão crítica tendem a produzir mudanças comportamentais mais duradouras. Nesse sentido, a atuação dos acadêmicos durante a ação contribuiu não apenas para a transmissão de informações, mas também para o fortalecimento do protagonismo dos participantes no processo de cuidado.

3.6 Limitações das ações pontuais e a necessidade de continuidade do cuidado

Entretanto, apesar dos benefícios observados, a experiência também evidenciou limitações importantes, especialmente no que se refere à ausência de acompanhamento longitudinal dos indivíduos atendidos. A impossibilidade de garantir a continuidade do cuidado e de monitorar a adesão às orientações fornecidas representa um desafio recorrente em ações pontuais, como as atividades comunitárias.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a efetividade das ações de promoção da saúde está diretamente relacionada à articulação com a rede de atenção e à continuidade do cuidado. Nesse sentido, autores da saúde coletiva, como Buss (2000), destacam que a promoção da saúde deve ser compreendida como um processo contínuo e integrado, que ultrapassa intervenções isoladas, exigindo ações sustentadas e intersetoriais para a produção de efeitos duradouros na saúde da população.

Assim, reforça-se a necessidade de integração entre ações extensionistas e os serviços de saúde locais, especialmente a Atenção Primária, de modo a garantir o seguimento adequado dos indivíduos atendidos e aumentar a efetividade das intervenções realizadas.

Essa limitação evidencia um dos principais desafios das ações comunitárias pontuais, que, embora eficazes na identificação de demandas e na oferta de orientações em saúde, nem sempre conseguem garantir a continuidade do cuidado. Tal aspecto reforça a importância do planejamento integrado dessas ações com os serviços de saúde do território, especialmente com as Unidades Básicas de Saúde, de modo a possibilitar o encaminhamento adequado e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

Dessa forma, iniciativas futuras podem incorporar estratégias como o registro sistematizado dos atendimentos e a articulação prévia com equipes da atenção primária, visando ampliar a resolutividade das ações e fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade.

4. CONCLUSÃO

A experiência relatada evidenciou a relevância das ações comunitárias na promoção da saúde e na formação acadêmica, ao possibilitar a integração entre conhecimento teórico e prática assistencial. A participação dos acadêmicos em atividades extramuros contribuiu para o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicação interpessoal e escuta qualificada, além de ampliar a compreensão sobre as vulnerabilidades e os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Do ponto de vista assistencial, a ação permitiu a identificação de indivíduos com possíveis alterações nos níveis pressóricos, bem como a orientação em saúde de forma individualizada, reforçando a importância de estratégias de rastreamento e educação em saúde no contexto comunitário. Ademais, destacou-se o impacto das abordagens educativas na conscientização da população acerca de práticas preventivas e do autocuidado.

Entretanto, a experiência também evidenciou limitações, especialmente relacionadas à ausência de acompanhamento longitudinal dos participantes, o que dificulta a avaliação da efetividade das intervenções realizadas e da adesão às orientações fornecidas. Tal aspecto reforça a necessidade de maior articulação entre ações comunitárias e a rede de atenção à saúde, em especial com os serviços de atenção primária, visando garantir a continuidade do cuidado.

Diante disso, recomenda-se que futuras ações sejam planejadas de forma integrada com os serviços de saúde locais, possibilitando encaminhamentos estruturados e estratégias de seguimento dos indivíduos atendidos. Ademais, a participação em atividades extensionistas como esta contribui significativamente para a formação acadêmica, ao proporcionar vivências práticas que extrapolam o ambiente tradicional de ensino, favorecendo o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e humanísticas. Nesse sentido, a extensão universitária mostra-se como um importante instrumento de integração entre universidade e comunidade, possibilitando não apenas a disseminação de conhecimentos em saúde, mas também a formação de profissionais mais sensíveis às necessidades sociais e comprometidos com a realidade da população. Conclui-se que iniciativas dessa natureza são fundamentais tanto para a promoção da saúde quanto para a

formação de profissionais mais críticos, humanizados e comprometidos com as necessidades da população.

Além disso, destaca-se que experiências como essa contribuem para a formação de profissionais mais sensíveis às realidades sociais e preparados para atuar em diferentes contextos de cuidado, reforçando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde. Assim, a extensão universitária consolida-se como um importante instrumento de transformação social, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento acadêmico e profissional dos estudantes envolvidos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRANDÃO, Andréa Araujo et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

ANÁLISE DA SOBRECARGA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA: aplicação da Zarit Burden Interview

Maria Paula Piola de Resende
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariapaulapresende@gmail.com

Maria Antônia Noventa
Professora Doutora – Uni-FACEF
maria.noventa@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de doenças crônicas na infância e adolescência configura-se como um relevante desafio para o sistema de saúde pública global. Caracterizadas por condições de curso prolongado que exigem acompanhamento contínuo, tais patologias alteram significativamente o equilíbrio biopsicossocial do núcleo familiar. Conforme apontam Moreira e Mello (2022), a cronicidade na infância impõe uma nova dinâmica de vida, onde o domicílio passa a ser o *locus* principal de procedimentos complexos antes restritos ao ambiente hospitalar. Essa transição demanda um processo de "normalização" (LIMA et al., 2020), no qual o cuidador tenta equilibrar as demandas terapêuticas com as rotinas cotidianas. No entanto, quando as exigências do cuidado superam os recursos financeiros, emocionais e sociais disponíveis, instala-se o quadro de sobrecarga.

Essa responsabilidade recai majoritariamente sobre a figura materna, devido às construções socioculturais do papel de gênero no cuidado. Camargo et al. (2022) destacam que a divisão sexual do trabalho doméstico impõe à mulher a função de cuidadora principal, transformando o cuidado em uma extensão do papel materno, o que contribui para a invisibilidade de sua exaustão. Esta cuidadora enfrenta uma rotina extenuante que engloba desde o manejo clínico até o suporte emocional e o enfrentamento de crises. De acordo com Moraes et al. (2023), a abdicação de projetos laborais para atender à complexidade do tratamento gera um ciclo de empobrecimento e vulnerabilidade, uma vez que o aumento dos custos com a saúde ocorre simultaneamente à perda da renda familiar.

A literatura científica aponta que o impacto de cuidar de uma criança com doença crônica transcende o cansaço físico, afetando severamente a saúde mental com riscos de ansiedade e depressão. A sobrecarga, conforme definida por Zarit et al. (1980), é a percepção subjetiva de cansaço e dificuldade em equilibrar as demandas da assistência com o autocuidado e as demais obrigações da vida adulta. Nesse contexto, mensurar a sobrecarga não é apenas um exercício estatístico, mas uma necessidade ética e clínica. Compreender o nível de estresse a que esses cuidadores estão submetidos permite que profissionais e gestores desenvolvam estratégias de intervenção precoces e políticas de "cuidado ao cuidador", garantindo que a assistência à criança não ocorra à custa do colapso da saúde de quem cuida.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTUALIZAÇÃO

A compreensão da sobrecarga do cuidador transcende a análise do cansaço físico, exigindo uma investigação profunda sobre a interseccionalidade entre as especificidades clínicas das patologias e o suporte socioassistencial disponível. No contexto da cronicidade infantil, o cuidado deixa de ser uma tarefa episódica para tornar-se uma condição estruturante da vida familiar. No município de Franca-SP, a rede de suporte é composta por um ecossistema de instituições do terceiro setor e serviços públicos que absorvem demandas de alta complexidade. Nesse cenário, o cuidador assume o papel de gestor do cuidado, atuando como o elo vital entre as necessidades terapêuticas da criança e as respostas do sistema de saúde.

2.1 O impacto das patologias crônicas no núcleo familiar

As condições abordadas nesta pesquisa impõem desafios singulares que reconfiguram a rotina e o bem-estar subjetivo do binômio cuidador-criança. No caso do Diabetes Mellitus Tipo 1, a literatura destaca a "vigilância hiperalerta", caracterizada pelo monitoramento glicêmico ininterrupto e pelo medo constante de crises agudas, o que resulta em privação de sono e exaustão física. Nas neoplasias infantis, a sobrecarga é intensificada pela ruptura biográfica causada pelo

diagnóstico, pela incerteza do prognóstico e pelo isolamento social inerente aos protocolos de tratamento. Paralelamente, em transtornos neurodivergentes como o TEA e o TDAH, o desgaste está associado ao manejo de comportamentos disruptivos e à necessidade de intervenções multidisciplinares contínuas. Esse acúmulo de demandas, frequentemente centralizado na figura materna, culmina em um quadro de estresse crônico que compromete a saúde mental e a participação social do cuidador.

2.2 A realidade local e as redes de apoio em Franca-SP

Este estudo integra nove instituições de referência em Franca: APAE, IANSA, NAIA, Casa do Diabético, Associação Caminhar, Ambulatório Uni-FACEF, Clínica FloreSer, ACAR e Flor da Vida. A diversidade desse espectro institucional — que abrange desde o suporte oncológico e metabólico até a reabilitação neuropsicomotora — é fundamental para mapear a sobrecarga em diferentes perfis de assistência. A escolha dessas sedes permite uma análise holística sobre como o acolhimento institucional atua como fator protetivo ou, em sua escassez, como agravante do peso subjetivo do cuidado. Nesse sentido, a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) consolida-se como o instrumento técnico capaz de traduzir essa complexidade, permitindo mensurar o impacto do cuidar nas dimensões física, emocional, social e financeira, transformando a vivência subjetiva em dados passíveis de fundamentar políticas públicas.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores de crianças com doenças crônicas e condições neurodivergentes — tais como câncer, diabetes, transtornos do espectro autista, paralisia cerebral e TDAH — atendidas em instituições de saúde e apoio no município de Franca-SP, utilizando a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI).

3.2 Objetivo específicos

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

- Avaliar o grau de sobrecarga percebida pelos cuidadores por meio da aplicação sistemática da escala ZBI.
- Analisar a relação entre o nível de sobrecarga e as características sociodemográficas dos cuidadores, como idade, gênero, escolaridade e vínculo com a criança.
- Comparar o nível de sobrecarga entre cuidadores de diferentes tipos de diagnósticos, identificando as particularidades do cuidado em patologias como câncer, diabetes e condições neurodivergentes.
- Investigar a influência de fatores clínicos e rotineiros, como o tempo de diagnóstico, a carga horária dedicada ao cuidado diário e a existência de redes de suporte.
- Identificar subgrupos de cuidadores em situação de maior vulnerabilidade para subsidiar o planejamento de estratégias de apoio psicossocial e a elaboração da cartilha informativa.

4. METODOLOGIA

A presente investigação caracteriza-se como um estudo de campo, de natureza mista (quantitativa e qualitativa), com delineamento transversal e caráter exploratório-descritivo. A adoção da abordagem mista justifica-se pela necessidade de articular a mensuração objetiva da sobrecarga com a compreensão das nuances subjetivas inerentes à experiência do cuidar. Com previsão de execução entre os anos de 2025 e 2026, no município de Franca, Estado de São Paulo.

4.1 Participantes e Local do Estudo

O estudo será realizado com cuidadores informais ou responsáveis legais de crianças com doenças crônicas (como diabetes, câncer, transtornos do espectro autista, paralisia cerebral, TDAH, entre outras condições). A amostra será

do tipo não probabilística por conveniência, composta por indivíduos que concordarem voluntariamente em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As instituições que já formalizaram a autorização para a realização da pesquisa são: **ACAR (Ambulatório da Criança de Alto Risco), APAE, Casa do Diabético, NAIA (Ambulatório de Saúde Mental), Clínica Floreser, Caminhar, IANSA, Ambulatório Uni-facef e a Flor da vida**. Serão excluídos da amostra os cuidadores que apresentarem impossibilidade de compreensão do instrumento de coleta ou que não completarem o preenchimento dos questionários.

4.2 Instrumentos e Procedimentos de Coleta

A coleta de dados utilizará dois instrumentos complementares: **1) Questionário Sociodemográfico e Clínico e 2) Escala Zarit Burden Interview (ZBI)**. O primeiro instrumento, desenvolvido especificamente para esta pesquisa, visa caracterizar o perfil biopsicossocial da amostra, coletando dados como idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação profissional e renda familiar. No âmbito clínico, o questionário investigará variáveis relacionadas ao binômio cuidador-criança, incluindo o diagnóstico da criança, o tempo transcorrido desde a confirmação da patologia, as horas diárias dedicadas exclusivamente ao cuidado e a existência de rede de apoio formal ou informal.

A Escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), validada para a população brasileira por Scazufca (2002), será aplicada para mensurar a percepção subjetiva da sobrecarga. O instrumento é composto por 22 itens que exploram o impacto da prestação de cuidados em quatro grandes dimensões: saúde física, bem-estar psicológico, vida social e situação financeira. As respostas são estruturadas em uma escala Likert de cinco pontos, variando de 0 (nunca) a 4 (quase sempre), resultando em um escore total que varia de 0 a 88 pontos. Pontuações elevadas refletem uma percepção de maior peso e estresse associados à rotina de assistência.

A aplicação dos instrumentos ocorrerá de forma híbrida, priorizando o formato presencial nas dependências das instituições parceiras para facilitar o acolhimento, mas disponibilizando o formato digital via formulário estruturado para cuidadores com restrições de mobilidade. Em ambas as modalidades, será garantido

o suporte direto dos pesquisadores para o esclarecimento de dúvidas e orientações sobre o preenchimento, assegurando a integridade e a qualidade das informações coletadas.

4.3 Plano de Análise de Dados

Os dados quantitativos obtidos através da escala ZBI e do perfil sociodemográfico serão organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise estatística descritiva, com cálculo de frequências, médias e desvio-padrão. Para as percepções qualitativas colhidas nas questões abertas, será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), visando identificar núcleos de sentido e categorias temáticas que revelem os desafios cotidianos e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos cuidadores, buscando identificar padrões nas experiências de sobrecarga relatadas.

4.4 Riscos e Benefícios

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como o possível desconforto emocional ou cansaço do cuidador ao refletir sobre sua rotina e responsabilidades. Para mitigar tais riscos, será garantido o sigilo das informações e a possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento. Os benefícios incluem a visibilidade das dificuldades enfrentadas por esses familiares e a oferta futura da cartilha informativa, que poderá auxiliar no manejo do estresse e na promoção da saúde mental.

4.5 Aspectos Éticos

Em estrita observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa foi submetido e encontra-se atualmente sob apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. A coleta de dados será iniciada apenas após a emissão do parecer consubstanciado de aprovação. A participação será voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se o anonimato, a

confidencialidade das informações e o direito de retirada em qualquer fase do estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste estudo mostra-se imperativa para conferir visibilidade à saúde mental das cuidadoras, grupo que atua como pilar muitas vezes invisível na assistência à cronicidade infantil. Espera-se que, por meio da aplicação técnica da escala *Zarit Burden Interview*, seja possível mapear com precisão as dimensões da vida mais impactadas pelo cuidado contínuo nas nove instituições parceiras de Franca-SP. A hipótese central é que os maiores índices de sobrecarga e exaustão emocional se concentrem em cuidadoras de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento e condições oncológicas, dada a complexidade do manejo cotidiano e a escassez de redes de apoio especializadas.

Para além da contribuição científica e do preenchimento de lacunas na literatura local, o projeto assume um compromisso de responsabilidade social ao prever a elaboração de uma cartilha informativa. Este material será estruturado para oferecer orientações práticas sobre o manejo do estresse, estratégias de autocuidado e o mapeamento da rede de suporte disponível no município. Em última análise, este trabalho pretende subsidiar a construção de protocolos de atendimento mais humanizados e o fortalecimento de políticas públicas, assegurando que a assistência integral à criança não ocorra à custa do esgotamento biopsicossocial de seu cuidador primário.

REFERÊNCIAS

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

BEDARD, M. et al. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. **The Gerontologist**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 652-657, out. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11574710/>.

BLUEBOND-LANGNER, M. **The Private Worlds of Dying Children**. Princeton: Princeton University Press, 1978.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. **Portaria nº 1.122, de 19 de março de 2020**. Dispõe sobre as áreas prioritárias para os programas de fomento à pesquisa científica, tecnológica e de inovação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 55, p. 15, 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMARGO, R. A. et al. O peso da invisibilidade: gênero e sobrecarga de mães cuidadoras de crianças com condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, e3542, 2022.

COSTA, M. F. C. M. et al. Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 4, e20200211, 2020.

DIAS, L. A. et al. Fatores associados à sobrecarga de cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4037-4046, 2019.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

FERREIRA, M. C. et al. Fatores associados à sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, e20200582, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 jan. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer Infantojuvenil: estimativas 2023**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 13 jan. 2026.

LIMA, R. A. G. et al. Crianças e adolescentes com doenças crônicas: a vida cotidiana em foco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

MORAES, K. J. et al. Impacto socioeconômico e na saúde mental de cuidadores de crianças com doenças crônicas: uma análise transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, e20220147, 2023.

MOREIRA, M. C. N.; MELLO, A. S. Crianças e adolescentes com condições crônicas complexas: o desafio do cuidado e as redes de atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, e00057221, 2022.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e sobrecarga de cuidadores familiares: uma revisão sistemática. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, e37415, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022**. São Paulo: Clannad, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de Orientação: O Pediatra e a Criança com Doença Crônica**. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

TAKAI, M. et al. Qualitative and quantitative studies of burden of family caregivers for patients with dementia in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 63, n. 5, p. 563-569, 2009.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980.

ANEXOS**Anexo 1: Comprovante de envio do projeto para análise ética no CEP
Centro Universitário de Franca.****COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview

Pesquisador: Maria Antonia Noventa

Versão: 1

CAAE: 97504126.0.0000.5384

Instituição Proponente: Centro Universitário de Franca

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 049113/2026

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview que tem como pesquisador responsável Maria Antonia Noventa, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF em 27/04/2026 às 15:04.

Endereço: Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400 sala 11
Bairro São José **CEP:** 14.403-430
UF: SP **Município** FRANCA
Telefone (16)3713-4691 **E-** comep@facef.br

APÊNDICES**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A PESQUISA****PARTE 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO****I. Dados do Cuidador (Quem responde à pesquisa)****Idade:** _____ anos.**Sexo:**☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro.**Estado Civil:**☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a).**Grau de Escolaridade:**☐ Ensino Fundamental incompleto/completo. ☐ Ensino Médio incompleto/completo. ☐ Ensino Superior incompleto/completo. ☐ Pós-graduação.**Situação Ocupacional:**☐ Trabalha fora (Integral). ☐ Trabalha fora (Meio período / Autônomo). ☐ Não trabalha fora (Dedicação exclusiva ao cuidado/doméstico). ☐ Afastado pelo INSS / Aposentado.**Grau de parentesco com a criança:**☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avô/Avó ☐ Bisavô/Bisavó ☐ Tio(a) ☐ Outro: _____**II. Dados da Criança e do Cuidado****Idade da criança:** _____ anos.**Diagnóstico principal da criança (pode marcar mais de um, se houver comorbidade):**☐ Câncer Infantojuvenil. ☐ Diabetes Mellitus Tipo 1. ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA). ☐ TDAH. ☐ Paralisia Cerebral / Condições Neuro motoras. ☐ Outro: _____**Tempo de diagnóstico (há quanto tempo você cuida desta condição?):** _____ anos/meses.**Rede de Apoio:** Além de você, existe outra pessoa que ajuda nos cuidados diários de forma efetiva?☐ Sim, frequentemente. ☐ Sim, mas raramente. ☐ Não, sou o(a) único(a) cuidador(a).**Instituição onde realiza o acompanhamento principal:**☐ ACAR ☐ APAE ☐ Casa do Diabético ☐ NAIA ☐ Clínica Floreser ☐ Caminhar ☐ IANSA ☐ Ambulatório Uni-facef.**Parte 2: ZARIT BURDEN INTERVIEW**

Sente que a criança pede mais ajuda do que realmente necessita?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente que, por causa do tempo que gasta com a criança, você não tem tempo suficiente para si mesmo?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente-se estressado entre o cuidar da criança e suas outras responsabilidades (família/trabalho)?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente-se envergonhado com o comportamento da criança?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente-se irritado quando a criança está por perto?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente que a criança afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Tem medo do que o futuro reserva para a criança?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente que a criança depende de você?

☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

Sente-se tenso quando está perto da criança?

- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que sua saúde piorou devido ao fato de cuidar da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria por causa da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que sua vida social tem sido prejudicada por cuidar da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente-se desconfortável em convidar amigos para casa por causa da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que a criança espera que você cuide dela como se fosse a única pessoa de quem ela
pudesse depender?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar da criança, além de suas outras
despesas?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que não será capaz de cuidar da criança por muito mais tempo?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que perdeu o controle de sua vida desde que a doença da criança começou?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Gostaria de poder deixar o cuidado da criança para outra pessoa?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente-se indeciso sobre o que fazer com a criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que deveria estar fazendo mais pela criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
Sente que poderia cuidar melhor da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre
De uma forma geral, qual o nível de sobrecarga que você sente por cuidar da criança?
- ☐ 0 = Nunca ☐ 1 = Raramente ☐ 2 = Às vezes ☐ 3 = Frequentemente ☐ 4 = Sempre

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNI-FACEF - CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****Esclarecimentos**

Estamos solicitando a sua participação na pesquisa: "**Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview**", que tem como pesquisadora **Maria Paula Piola de Resende** e orientadora **Prof. Dra. Maria Antonia Noventa**.

Esta pesquisa pretende avaliar o nível de sobrecarga (física, emocional e social) enfrentado por cuidadores de crianças com condições crônicas ou neurodivergentes (como câncer, diabetes, TEA, paralisia cerebral, entre outras) em Franca-SP. O motivo deste estudo é identificar as principais dificuldades vividas por essas famílias para subsidiar a criação de políticas de apoio e a elaboração de uma cartilha informativa voltada à saúde mental do cuidador.

Caso decida participar, a coleta de dados será realizada por meio da aplicação de dois questionários: um sobre o perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, tempo de cuidado) e a escala **Zarit Burden Interview (ZBI)**, que contém 22 perguntas sobre como você se sente em relação às tarefas de cuidado. O preenchimento poderá ser feito de forma presencial nas instituições parceiras ou via Google Forms.

Durante a participação, você poderá sentir eventuais desconfortos emocionais ou cansaço ao refletir sobre sua rotina e as responsabilidades do cuidado, que muitas vezes são exaustivas. Caso sinta necessidade, a aplicação poderá ser interrompida a qualquer momento. Por outro lado, os benefícios incluem a visibilidade científica das suas dificuldades e a futura entrega de uma cartilha com orientações práticas para o manejo do estresse e promoção da sua saúde mental.

Em caso de complicações ou danos relacionados à pesquisa, compete à pesquisadora garantir o direito à assistência integral. Você tem o direito de não aceitar participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase, sem nenhum prejuízo ao atendimento que você ou a criança recebem nas instituições.

Todos os dados fornecidos serão confidenciais e divulgados apenas em meios acadêmicos de forma anônima. Nenhuma informação que possa identificar você ou a criança será exposta. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Uni-FACEF no telefone (16) 3713-4691 de segunda, quarta e sexta-feira, das 14h30 às 16h30 ou por e-mail: comep@facef.br

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa realizada na cidade de Franca-SP, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Franca, ____ de _____ de 2026.

Nome do Responsável _____

Assinatura do responsável: _____

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNI-FACEF - CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA****PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIBIC/IC NR. 01/2024****Termo de Assentimento Livre e Esclarecido****Termo de Assentimento Livre e Esclarecido Título do projeto:** Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview**Dados do participante da pesquisa Nome:****Data de Nascimento: / /****Nome do responsável legal:**

Você está sendo convidado a participar de um estudo chamado “**Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview**”, coordenado pela pesquisadora **Maria Paula Piola de Resende** e sua orientadora **Prof. Dra. Maria Antonia Noventa**. Sua participação é voluntária neste estudo que tem como objetivo entender melhor como é a rotina de cuidados com crianças que possuem doenças crônicas ou condições diferentes de saúde na cidade de Franca.

Nesta pesquisa, queremos entender o dia a dia de famílias que buscam atendimento em instituições como a APAE, IANSA, Casa do Diabético, entre outras parceiras. Para este estudo, precisamos que você permita que a gente converse ou aplique questionários com você e com quem cuida de você. Os riscos da coleta são de grau mínimo, como o potencial cansaço ou um pouco de timidez ao responder às perguntas sobre o seu dia a dia. Por outro lado, os benefícios incluem a ajuda para que a gente crie uma cartilha com informações importantes para ajudar as famílias e os médicos a cuidarem melhor de todos. Mas caso aconteça algo com você por causa da coleta, nós daremos toda a assistência necessária. Ninguém pode forçar você a participar deste estudo e você tem toda a liberdade de deixar de participar a qualquer momento sem que isso lhe traga algum problema.

Seu nome dos demais responsáveis/cuidadores não serão divulgados em nenhum momento e suas informações serão analisadas junto com as de outros participantes, sem ninguém saber quem você é. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nada em dinheiro para participar desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para tirar dúvidas. Você pode mandar e-mail para a pesquisadora Maria Paula Piola de Resende no endereço mariapaulapresente@gmail.com. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Uni-FACEF no telefone (16) 3713-4691 de segunda, quarta e sexta-feira, das 14h30 às 16h30 ou por e-mail: comep@facef.br.

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Análise da sobrecarga de cuidadores de crianças com doença crônica: aplicação da Zarit Burden Interview**” e não tenho dúvidas. Eu conversei com a **Maria Paula Piola de Resende** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os desconfortos e riscos, e que ninguém saberá quem eu sou. Ficou claro também que minha participação não trará despesas e que nada será pago para mim ou para os demais responsáveis/cuidadores.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei desistir a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem nenhum prejuízo para o meu atendimento ou tratamento. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram comigo.

Franca, ____ de _____ de 2026.

Nome do Participante da pesquisa:**Assinatura:****Declaração do Pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento Livre e Esclarecido deste participante para a colaboração neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Franca - São Paulo, ____ de _____ de 2026.

Maria Paula Piola de Resende 452.748.038-30

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Eu, _____,
cargo: _____ da instituição _____, venho por meio
desta autorizar a realização da pesquisa intitulada "**Análise da sobrecarga de cuidadores de
crianças com doenças crônicas: aplicação da Zarit Burden Interview**", conduzida pela
pesquisadora **Maria Paula Piola de Resende**, aluna do 5º ano do curso de Medicina do Uni-FACEF,
sob a orientação da Profa. Dra. Maria Antonia Noventa.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar e compreender a sobrecarga emocional e
física vivenciada pelos cuidadores de crianças com doenças crônicas, identificando os desafios
enfrentados por essas famílias para, assim, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de apoio
mais eficazes e a melhoria da qualidade de vida desses cuidadores.

A metodologia da pesquisa será realizada por meio da aplicação da **Zarit Burden Interview**
aos cuidadores de crianças com doenças crônicas atendidas nesta instituição. A participação é
totalmente voluntária, e os participantes serão previamente informados sobre os objetivos do estudo e
convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo e a
confidencialidade dos dados coletados.

Autorizamos a realização do estudo em nossas dependências, mediante agendamento prévio
para não comprometer a rotina da instituição, respeitando as diretrizes éticas e as normas de nossa
organização.

Franca SP, ____ de _____ de 20__

ANÁLISE DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM UMA POPULAÇÃO DO INTERIOR PAULISTA

Davy Henrique de Sousa Pelliciari
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
Dhspd3@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Doutora em Ciências – UNIFRAN
Docente do Departamento de Medicina - Uni-FACEF
Kellyjacqueline@facef.br

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros correspondem ao conjunto de ações imediatas realizadas diante de situações de urgência ou emergência, antes da chegada do atendimento especializado. Essas medidas envolvem o reconhecimento precoce de sinais e sintomas, a proteção da vítima e do socorrista, o acionamento adequado dos serviços de emergência e a execução de condutas iniciais simples, porém potencialmente decisivas. Quando aplicadas de forma oportuna e correta, tais ações podem reduzir danos, evitar agravamentos clínicos e aumentar as chances de sobrevivência em diferentes contextos de risco (Cardoso; Silva, 2003; Brasil, 2016). Em situações como parada cardiorrespiratória, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, crises convulsivas, queimaduras e anafilaxia, a atuação inicial de pessoas presentes no local pode influenciar de modo relevante o prognóstico da vítima, sobretudo nos minutos que antecedem a assistência profissional (Alvim *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2021; Hajjar *et al.*, 2024).

Entre as emergências com maior dependência de resposta imediata, destaca-se a parada cardiorrespiratória. Grande parte das paradas cardiorrespiratórias ocorre em ambiente extra-hospitalar, sendo associada à redução aproximada de 10% na taxa de sobrevivência a cada minuto transcorrido sem atendimento adequado (Chehuen Neto *et al.*, 2016; Alves *et al.*, 2024). Nesse cenário, o reconhecimento precoce da condição, o início imediato da ressuscitação cardiopulmonar e o uso do desfibrilador externo automático constituem medidas

fundamentais para a melhora dos desfechos, podendo dobrar as taxas de sobrevivência quando realizadas de maneira adequada (Abella, 2016; Hajjar *et al.*, 2024; Panchal *et al.*, 2020). De modo semelhante, a obstrução de vias aéreas por corpo estranho exige identificação rápida da gravidade e aplicação correta das manobras de desobstrução, uma vez que atrasos ou condutas inadequadas podem favorecer evolução desfavorável em curto intervalo de tempo (Costa *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021).

Apesar da importância reconhecida dos primeiros socorros, o conhecimento da população sobre o tema ainda se mostra insuficiente em diferentes grupos sociais e profissionais. Estudos nacionais indicam que a exposição prévia a situações de emergência não implica, necessariamente, preparo técnico adequado para agir. Em pesquisa realizada com professores, 54,2% relataram já ter presenciado alguma situação de emergência, mas apenas 25% haviam recebido treinamento formal em primeiros socorros (Alvim *et al.*, 2019). Em instituições de educação especial, 43,2% dos profissionais nunca haviam sido capacitados, enquanto 38,1% tinham recebido treinamento há mais de cinco anos (Brito *et al.*, 2020). Entre cirurgiões-dentistas, embora 83,3% tenham referido contato com o tema durante a graduação, apenas 11,1% se consideravam aptos para atuar diante de emergências (Rodrigues *et al.*, 2023). Esses achados, somados a revisões nacionais sobre o conhecimento de leigos em suporte básico de vida, evidenciam que o simples contato com o conteúdo não garante segurança, retenção adequada ou capacidade prática de intervenção (Cabral; Oliveira, 2019).

No contexto brasileiro, a Lei n. 13.722/2018, conhecida como Lei Lucas, representou um avanço ao tornar obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros para professores e funcionários de estabelecimentos de ensino de educação básica e de recreação infantil, públicos e privados (Brasil, 2018). Entretanto, a existência de uma previsão legal não elimina a necessidade de estratégias educativas permanentes, acessíveis e adaptadas às realidades locais. Em comunidades heterogêneas, marcadas por diferentes níveis de escolaridade, experiências prévias, faixas etárias e graus de acesso à informação em saúde, ações pontuais e descontextualizadas tendem a ser insuficientes para consolidar conhecimentos e habilidades aplicáveis em situações reais de emergência (Moraes, 2023).

Nesse sentido, iniciativas de educação em saúde voltadas à comunidade assumem papel relevante na ampliação do acesso ao conhecimento em primeiros socorros (Kendall *et al.*, 2025; Bonizzio *et al.*, 2019). Ao aproximar saberes acadêmicos das necessidades concretas da população, os projetos de extensão universitária permitem não apenas a difusão de informações, mas também a construção de práticas educativas mais dialógicas, contextualizadas e socialmente relevantes (Biscarde; Pereira-Santos; Silva, 2014; Santana *et al.*, 2021). Essas ações podem contribuir para que indivíduos leigos reconheçam emergências com maior rapidez, acionem corretamente os serviços de atendimento e adotem condutas iniciais mais seguras até a chegada da equipe especializada (Pergola; Araujo, 2009).

Diante desse cenário, o projeto de extensão Minutos que Contam foi desenvolvido com o propósito de promover capacitações em primeiros socorros para diferentes públicos da comunidade, por meio de abordagem teórico-prática e linguagem acessível. As atividades são conduzidas por membros certificados em Basic Life Support pela American Heart Association, com utilização de demonstrações, simulações e treinamento supervisionado. Avaliar sistematicamente essas intervenções torna-se fundamental para verificar sua associação com o ganho imediato de conhecimento, identificar temas que permanecem frágeis após a atividade educativa e orientar o aperfeiçoamento metodológico das futuras ações extensionistas. Assim, o presente estudo busca analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre primeiros socorros no conhecimento teórico de participantes de uma população do interior paulista.

2. OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o efeito imediato de uma intervenção educativa sobre primeiros socorros no conhecimento teórico de participantes da comunidade, com base na comparação entre escores obtidos antes e após a capacitação.

Como objetivos específicos, buscou-se: descrever o perfil sociodemográfico dos participantes; analisar o desempenho nas questões repetidas do pré-teste e do pós-teste; avaliar o desempenho em questões inéditas do pós-

teste, elaboradas para investigar a aplicação do conhecimento em novos cenários; verificar possíveis associações entre características sociodemográficas e ganho de aprendizagem; analisar a percepção dos participantes sobre a capacitação; e descrever observações de campo relacionadas à diferença entre conhecimento teórico e aplicação prática das manobras ensinadas.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental, descritivo e quantitativo, desenvolvido para avaliar o efeito imediato de uma intervenção educativa em primeiros socorros sobre o conhecimento teórico dos participantes. A pesquisa integra as atividades do projeto de extensão Minutos que Contam, criado e presidido pelo autor principal.

3.2 Local, contexto e intervenção educativa

As intervenções foram realizadas em ambientes comunitários heterogêneos do município de Franca-SP, incluindo escolas, clínicas, residências terapêuticas, lares de longa permanência e estabelecimentos comerciais e de serviços. A escolha desses locais buscou contemplar contextos nos quais situações de urgência podem ocorrer antes da chegada de equipes especializadas.

A capacitação foi conduzida por membros do projeto Minutos que Contam, todos com certificação em Basic Life Support pela American Heart Association. A intervenção utilizou exposição dialogada, demonstrações técnicas e prática supervisionada de manobras, com uso de materiais de apoio e simuladores conforme a disponibilidade logística de cada ação. Os conteúdos abordaram reconhecimento de emergências, acionamento do SAMU, parada cardiorrespiratória, ressuscitação cardiopulmonar, uso do desfibrilador externo automático, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, crise convulsiva, queimaduras e anafilaxia.

A proposta pedagógica priorizou linguagem acessível, demonstração visual das condutas e repetição dos passos essenciais de atendimento. Em razão da diversidade dos locais e dos públicos atendidos, a intervenção foi adaptada ao

contexto de cada grupo, preservando-se, sempre que possível, os conteúdos centrais e a sequência geral de orientação. Embora aspectos logísticos tenham variado conforme o espaço físico e os recursos disponíveis em cada local, buscou-se manter uma padronização mínima da intervenção, com abordagem dos mesmos temas essenciais e realização de demonstrações práticas supervisionadas.

3.3 População e amostra

Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 12 anos, residentes, trabalhadores ou frequentadores dos locais de intervenção, que aceitaram participar voluntariamente e completaram integralmente o pré-teste e o pós-teste. Foram excluídos participantes com formação em Medicina e aqueles com dados incompletos.

A amostra analisada foi composta por 28 participantes, todos com respostas completas nas etapas avaliativas. Trata-se de amostra por conveniência, constituída a partir da participação nas ações extensionistas realizadas no período de coleta.

3.4 Instrumentos de coleta e variáveis do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários estruturados elaborados a partir dos conteúdos trabalhados na capacitação. O instrumento pré-intervenção continha dez questões de múltipla escolha sobre reconhecimento de emergências e condutas iniciais em primeiros socorros. O instrumento pós-intervenção continha as mesmas dez questões, permitindo comparação pareada, além de oito questões inéditas elaboradas para avaliar a aplicação do conhecimento em novos cenários.

Os temas das questões repetidas incluíram reconhecimento de acidente vascular encefálico, conduta diante de suspeita de infarto agudo do miocárdio, engasgo em adultos conscientes, cuidados em queimaduras, conduta em anafilaxia, sequência inicial de atendimento, vítima inconsciente, crise convulsiva, número do SAMU e engasgo parcial. As questões inéditas abordaram compressões torácicas e retorno do tórax na RCP, conduta complementar em anafilaxia, prioridade do socorrista durante crise convulsiva, reconhecimento de assimetria facial no AVC,

posição do paciente com suspeita de infarto, tempo máximo para avaliação da respiração normal antes do início da RCP e conduta diante de criança engasgada que perde a consciência.

Além dos testes de conhecimento, foi aplicado formulário sociodemográfico e escala de percepção do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1, correspondente a “discordo totalmente”, a 5, correspondente a “concordo totalmente” (Koo; Yang, 2025). A escala avaliou satisfação com a capacitação, aplicabilidade prática, interesse em novas formações, confiança para agir em emergências reais e clareza das explicações e demonstrações.

3.5 Procedimentos de coleta

A coleta de dados foi realizada em etapas sequenciais. Inicialmente, os participantes preencheram o formulário sociodemográfico, destinado à caracterização da amostra. Em seguida, responderam ao pré-teste, composto por questões de múltipla escolha voltadas à avaliação do conhecimento prévio sobre primeiros socorros.

Após essa etapa, os participantes participaram da capacitação conduzida pelos membros do projeto. Ao final da atividade educativa, responderam ao pós-teste, composto inicialmente pelas questões repetidas do pré-teste, para permitir a comparação pareada do desempenho, seguido de questões inéditas, elaboradas para avaliar a aplicação do conhecimento em novos cenários. Por fim, preencheram a escala de percepção do tipo Likert, destinada a avaliar satisfação, aplicabilidade, clareza das explicações, confiança para agir em emergências e interesse em novas formações.

Os questionários foram aplicados de forma anônima, com atribuição de códigos numéricos para permitir a comparação pareada entre pré-teste e pós-teste sem identificação nominal dos participantes. Durante as atividades práticas, foram registradas observações de campo sobre dificuldades recorrentes de execução, hesitação na tomada de decisão e diferenças entre resposta teórica e desempenho nas simulações.

3.6 Tratamento e análise dos dados

As respostas foram corrigidas com base em gabarito previamente definido. Foram calculados os escores de acertos no pré-teste, no pós-teste das questões repetidas e nas questões inéditas. A estatística descritiva incluiu frequências absolutas e relativas, médias, medianas, desvios-padrão e amplitudes.

A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Como o escore do pós-teste e a diferença pré-pós não seguiram distribuição normal, a comparação principal entre os escores foi realizada pelo teste de Wilcoxon pareado. O teste t de Student pareado foi apresentado como análise complementar. O tamanho de efeito foi estimado pelo d de Cohen para medidas pareadas (dz), adotando-se a interpretação proposta por Cohen (1988).

A análise por questão foi realizada pelo teste de McNemar, com abordagem exata bilateral. Essas análises item a item foram interpretadas de forma exploratória, sem ajuste formal para múltiplas comparações. Para investigar associações entre variáveis sociodemográficas e desempenho, foram utilizados o teste de Mann-Whitney U para variáveis com dois grupos, o teste de Kruskal-Wallis H para variáveis com múltiplos grupos e a correlação de Spearman para variáveis ordinais. A escala de Likert foi analisada por frequências, médias e medianas. O nível de significância adotado foi de 5%.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), sob parecer consubstanciado n. 8.294.812 e CAAE 95451726.8.0000.5384. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e participaram mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos casos de participantes menores de idade, foi obtido o assentimento do participante e/ou autorização do responsável legal, conforme aplicável.

4. RESULTADOS PARCIAIS

4.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra foi composta por 28 participantes voluntários, recrutados no município de Franca-SP. Houve predomínio de participantes na faixa etária de 18 a

29 anos (n=14; 50,0%), seguida pelas faixas de 30 a 39 anos (n=5; 17,9%) e 12 a 17 anos (n=4; 14,3%). As demais faixas etárias, correspondentes a 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais, representaram conjuntamente 14,3% da amostra. Quanto ao gênero, 19 participantes eram do sexo masculino (67,9%) e 9 do sexo feminino (32,1%).

Em relação à escolaridade, predominou o Ensino Médio completo (n=14; 50,0%), seguido pelo Ensino Superior completo (n=4; 14,3%) e pelo Ensino Fundamental incompleto (n=3; 10,7%). Quanto à profissão ou área de atuação, o grupo de Serviços e Comércio foi o mais frequente (n=16; 57,1%), seguido por Estudantes (n=7; 25,0%). Nenhum participante declarou atuação na área da saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por variáveis sociodemográficas (n=28). Franca-SP, 2025.

Variável	Categoria	n	%
Faixa etária	12 a 17 anos	4	14,3
	18 a 29 anos	14	50,0
	30 a 39 anos	5	17,9
	40 a 49 anos	2	7,1
	50 a 59 anos	2	7,1
	60 anos ou mais	1	3,6
Gênero	Masculino	19	67,9
	Feminino	9	32,1
Escolaridade	Ens. Fundamental incompleto	3	10,7
	Ens. Fundamental completo	2	7,1
	Ens. Médio incompleto	2	7,1
	Ens. Médio completo	14	50,0
	Ens. Superior incompleto	3	10,7
	Ens. Superior completo	4	14,3
Profissão/Área	Serviços e Comércio	16	57,1
	Estudante	7	25,0
	Demais categorias	4	14,3
	Não informado	1	3,6

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Figura 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=28)

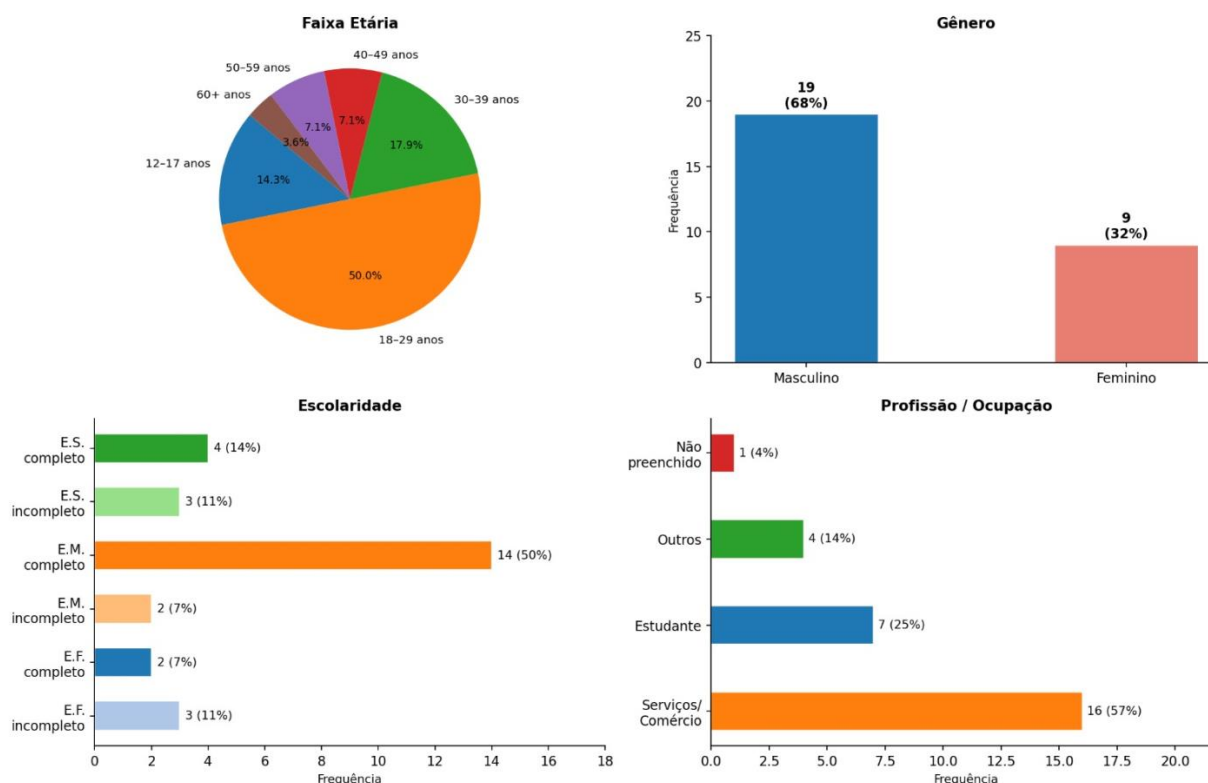


Figura 1 – Perfil epidemiológico dos participantes: (A) faixa etária; (B) gênero; (C) escolaridade; (D) profissão (n=28). Fonte: dados da pesquisa, 2025.

4.2 Impacto da Intervenção no Conhecimento em Primeiros Socorros

No pré-teste (n=28), o escore médio dos participantes foi de 7,89 pontos (DP=1,34; mediana=8,0; amplitude: 5–10), correspondendo a 78,9% de acertos. Após a intervenção, o escore médio aumentou para 9,18 pontos no pós-teste (DP=0,86; mediana=9,0; amplitude: 8–10), equivalente a 91,8% de acertos. O ganho médio observado foi de 1,29 ponto (DP=1,46; mediana=1,0), representando incremento absoluto de 12,9 pontos percentuais, equivalente a aumento relativo aproximado de 16,3% em relação ao desempenho inicial. Entre os 28 participantes com dados pareados, 20 (71,4%) apresentaram melhora no desempenho, 6 (21,4%) mantiveram o escore e 2 (7,1%) apresentaram redução no número de acertos (Tabela 2 e Figura 2).

A avaliação da normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk indicou distribuição normal para o pré-teste ($W=0,939$; $p=0,105$) e distribuição não normal para o pós-teste ($W=0,759$; $p<0,001$) e para o ganho entre os momentos ($W=0,905$; $p=0,015$). Dessa forma, o teste de Wilcoxon pareado foi adotado como análise

principal para comparação entre pré e pós-intervenção. O resultado demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos ($p < 0,001$), também confirmada pelo teste t de Student pareado ($t = 4,65$; $gl = 27$; $p < 0,001$). O tamanho de efeito, estimado pelo Cohen dz, foi de 0,88, classificado como grande (COHEN, 1988), sugerindo relevância educacional do aumento observado no desempenho.

Tabela 2 – Estatística descritiva e testes de hipótese para a comparação pré × pós-intervenção (n=28). Franca-SP, 2025.

Indicador	Pré-teste	Pós-teste	Ganho (Pós-Pré)
Média	7,89	9,18	1,29
Desvio-padrão	1,34	0,86	1,46
Mediana	8,0	9,0	1,0
Amplitude	5 – 10	8 – 10	-1 – 5
Taxa de acerto (%)	78,9%	91,8%	+12,9 pp
Shapiro-Wilk (p)	0,105 (normal)	<0,001	0,015
Wilcoxon pareado	—	—	$p < 0,001^{***}$
t de Student pareado	—	—	$p < 0,001^{***}$
Cohen dz	—	—	0,88 (grande)

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

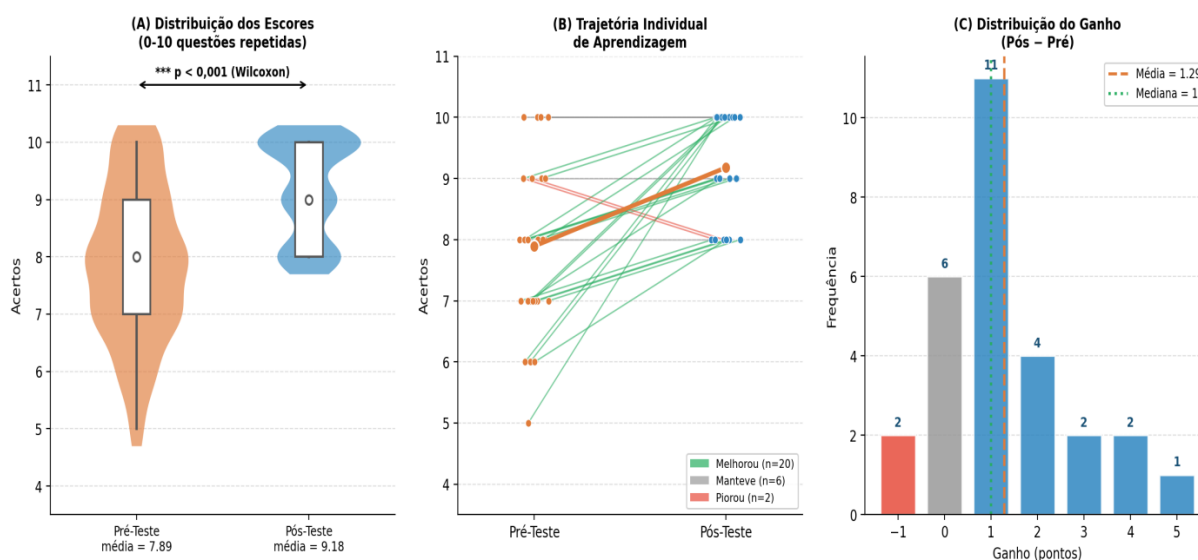


Figura 2 – Comparação pré × pós-intervenção: (A) boxplots com pontos individuais; (B) trajetórias individuais; (C) distribuição do ganho. *** $p < 0,001$ (Wilcoxon). Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A análise individual por questão, realizada por meio do teste de McNemar, demonstrou melhora estatisticamente significativa em dois itens (Tabela

3): Q8, relacionada à conduta durante crise convulsiva, com aumento de 53,6% para 89,3% de acertos ($p=0,012$); e Q10, sobre engasgo parcial, com o maior ganho absoluto da análise, de 35,7% para 85,7% ($p<0,001$).

As questões Q2, sobre conduta diante de suspeita de infarto, e Q3, sobre engasgo em adulto consciente, apresentaram desempenho elevado de 96,4% no pré-teste, com elevação para 100,0% no pós-teste. A Q7, referente à conduta diante de vítima inconsciente, apresentou redução de 96,4% para 78,6% de acertos; contudo, essa variação não foi estatisticamente significativa ($p=0,125$) e será interpretada na seção de Discussão.

Tabela 3 – Desempenho por questão e resultado do teste de McNemar (n=28). Franca-SP, 2025.

Q	Conteúdo	Pré (%)	Pós (%)	Δ (pp)	p (McNemar)	Sig.
Q1	AVC – identificação	78,6	92,9	+14,3	0,125	ns
Q2	Infarto – conduta	96,4	100,0	+3,6	1,000	ns
Q3	Engasgo adulto consciente	96,4	100,0	+3,6	1,000	ns
Q4	Queimadura – cuidado	92,9	96,4	+3,6	1,000	ns
Q5	Anafilaxia – conduta	92,9	92,9	0,0	1,000	ns
Q6	Atendimento inicial PS	64,3	82,1	+17,9	0,227	ns
Q7	Inconsciente – conduta	96,4	78,6	-17,9	0,125	ns ↓
Q8	Convulsão – o que NÃO fazer	53,6	89,3	+32,1	0,012	*
Q9	SAMU – número correto	82,1	100,0	+17,9	0,063	ns
Q10	Engasgo parcial – conduta	35,7	85,7	+50,0	<0,001	***

ns = não significativo; * $p<0,05$; *** $p<0,001$; ns = não significativo; ↓ = tendência de regressão. Fonte: dados da pesquisa, 2025.

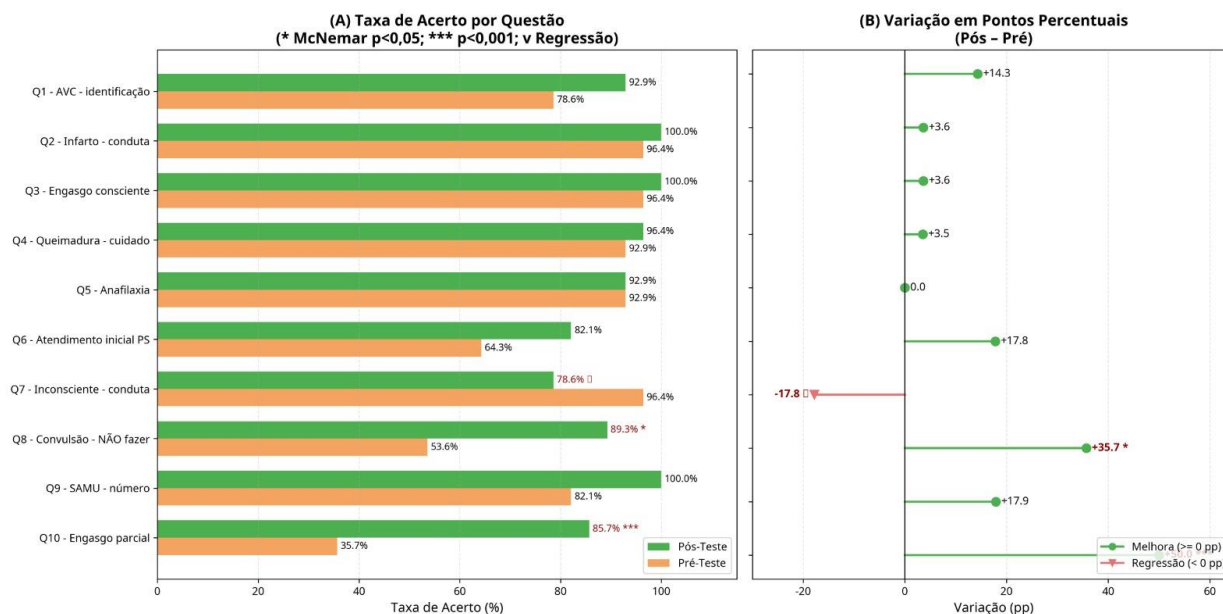


Figura 3 – Desempenho por questão: (A) taxa de acerto pré × pós; (B) variação em pontos percentuais. *McNemar $p < 0,05$; ↓ regressão. Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Nas oito questões inéditas do pós-teste, apenas o item NQ4, sobre a prioridade do socorrista durante crise convulsiva, alcançou percentual de acertos igual ou superior a 96% (Tabela 4). O aproveitamento geral nessas questões foi de 86,6%, correspondente à média de 6,93 acertos em oito itens. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o desempenho nas questões inéditas e nas questões repetidas do pós-teste ($p = 0,098$; Wilcoxon), sugerindo que os participantes conseguiram aplicar parte do conteúdo aprendido em novos cenários, e não apenas reconhecer respostas previamente reapresentadas.

Os itens com desempenho inferior a 80% foram NQ3 (78,6%), NQ6 (78,6%), NQ7 (67,9%) e NQ8 (67,9%). A NQ7 (tempo máximo para checagem de respiração antes da RCP) e a NQ8 (criança engasgada que perde a consciência) apresentaram os menores percentuais. Esses resultados indicam pontos específicos de fragilidade que sugerem necessidade de reforço pedagógico em futuras intervenções.

Tabela 4 – Desempenho nas questões inéditas do pós-teste (n=28). Franca-SP, 2025.

Q	Conteúdo	Acertos (%)	Classificação
NQ1	RCP – compressões e enchimento cardíaco	89,3%	Boa consolidação
NQ2	Retorno do tórax entre compressões	82,1%	Boa consolidação
NQ3	Anafilaxia: conduta complementar	78,6%	Ponto de reforço
NQ4	Convulsão: prioridade do socorrista	96,4%	Muito alta
NQ5	AVC: o que o teste do sorriso identifica	89,3%	Boa consolidação
NQ6	IAM: posição do paciente consciente	78,6%	Ponto de reforço
NQ7	Tempo para checar respiração antes da RCP	67,9%	Ponto de reforço
NQ8	Criança engasgada que perde consciência	67,9%	Ponto de reforço

Critério: $\geq 95\%$ = muito alta; 80–94% = boa consolidação; $< 80\%$ = ponto de reforço. Fonte: dados da pesquisa, 2025.

4.3 Fatores Sociodemográficos Associados ao Aprendizado

Nenhuma variável sociodemográfica apresentou associação estatisticamente significativa com o ganho de aprendizagem (Tabela 5). O teste de Mann-Whitney U não identificou diferença significativa entre os gêneros ($U=64,0$; $p=0,283$). Da mesma forma, o teste de Kruskal-Wallis não demonstrou diferenças significativas no ganho segundo faixa etária ($H=9,14$; $p=0,104$), escolaridade ($H=6,07$; $p=0,300$) ou grupo profissional ($H=4,06$; $p=0,131$). Esses achados sugerem que a intervenção apresentou efeito semelhante entre os diferentes perfis avaliados, embora essa interpretação deva considerar o tamanho reduzido da amostra e o número pequeno de participantes em algumas categorias.

Na análise de correlação, o coeficiente de Spearman não identificou associação estatisticamente significativa entre faixa etária e desempenho no pré-teste ($\rho=-0,21$; $p=0,275$), no pós-teste ($\rho=-0,27$; $p=0,169$) ou no ganho de aprendizagem ($\rho=+0,08$; $p=0,699$), indicando que a faixa etária não se associou ao aprendizado nesta amostra.

Tabela 5 – Testes de associação entre variáveis sociodemográficas e desempenho (n=28). Franca-SP, 2025.

Variável	Teste	Estatística	p-valor	Interpretação
Gênero × Ganho	Mann-Whitney U	U = 64,0	0,283	Sem diferença sig. (ns)
Faixa etária × Ganho	Kruskal-Wallis H	H = 9,14	0,104	Sem diferença sig. (ns)
Escolaridade × Ganho	Kruskal-Wallis H	H = 6,07	0,300	Sem diferença sig. (ns)
Profissão × Ganho	Kruskal-Wallis H	H = 4,06	0,131	Sem diferença sig. (ns)
Faixa etária × Pré-teste	Spearman ρ	$\rho = -0,21$	0,275	Sem correlação sig. (ns)
Faixa etária × Pós-teste	Spearman ρ	$\rho = -0,27$	0,169	Sem correlação sig. (ns)
Faixa etária × Ganho	Spearman ρ	$\rho = +0,08$	0,699	Sem correlação sig. (ns)

* $p < 0,05$; ns = não significativo. Fonte: dados da pesquisa, 2025.

4.4 Percepção dos Participantes e Observações de Campo

A escala de percepção do tipo Likert, aplicada ao final da capacitação, indicou avaliação favorável da intervenção em todos os itens analisados (Tabela 6). As maiores médias foram observadas em aplicabilidade prática do conteúdo e clareza das explicações e demonstrações, com médias de 4,82 e 4,79, respectivamente, em uma escala de 1 a 5, além de 96,4% de concordância positiva.

O item confiança para agir em emergências reais apresentou a menor média entre os itens avaliados, embora ainda elevada (média=4,46; 85,7% de concordância positiva). Esse resultado sugere que, apesar da boa aceitação da capacitação, parte dos participantes reconheceu os limites de uma única intervenção educativa para gerar segurança plena diante de situações reais de emergência.

Tabela 6 – Resultados da escala de Likert de percepção da capacitação (n=28). Franca-SP, 2025.

Item avaliado	Média	DP	Concordância positiva	Observação
Satisfação com a capacitação	4,75	0,80	96,4%	Mediana = 5
Aplicabilidade prática do conteúdo	4,82	0,77	96,4%	Mediana = 5
Interesse em outras formações	4,64	0,78	89,3%	Mediana = 5
Confiança para agir em emergência real	4,46	0,96	85,7%	Mediana = 5
Clareza das explicações e demonstrações	4,79	0,79	96,4%	Mediana = 5

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

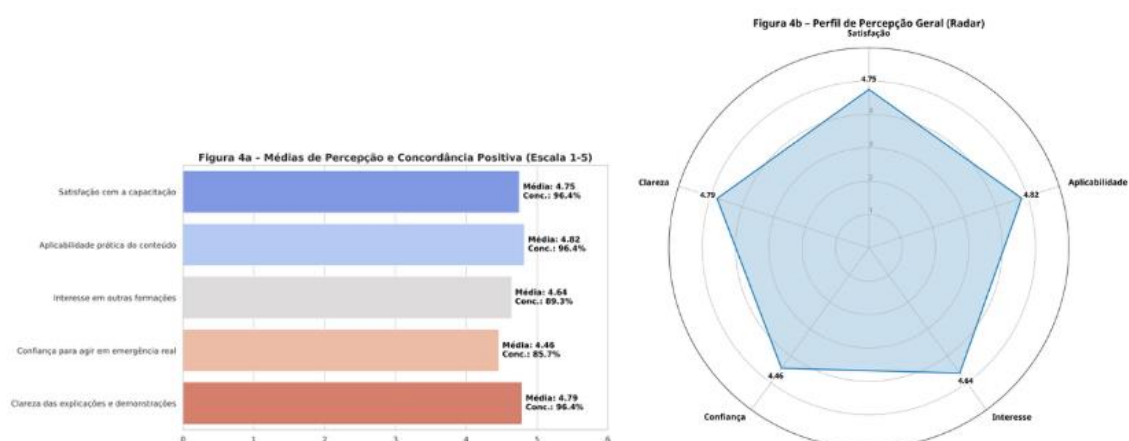


Figura 4 – Percepção da capacitação: (A) gráfico de barras divergentes por item; (B) gráfico radar das médias Likert (1–5). Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As observações de campo realizadas durante as simulações práticas sugeriram diferença entre o conhecimento declarativo, avaliado pelos testes escritos, e a competência procedimental demonstrada na execução das manobras. Mesmo entre participantes que responderam corretamente às questões teóricas correspondentes, foram observadas dificuldades práticas durante a RCP e a manobra de Heimlich, como ritmo irregular das compressões, profundidade insuficiente, posicionamento inadequado das mãos e hesitação na tomada de decisão.

Essas dificuldades foram acompanhadas, em alguns momentos, por manifestações de insegurança diante da possibilidade de agir em uma emergência real, expressas pela percepção de saber o que deveria ser feito, mas não se sentir plenamente capaz de executar a conduta sob pressão. Esse achado reforça que o conhecimento teórico e a execução prática constituem dimensões distintas da aprendizagem em primeiros socorros, e que os instrumentos escritos avaliam principalmente a compreensão conceitual, não a competência prática propriamente dita.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a intervenção educativa em primeiros socorros realizada pelo projeto Minutos que Contam esteve associada a aumento significativo do conhecimento teórico dos participantes. A média de acertos nas questões repetidas elevou-se de 7,89 no pré-teste para 9,18 no pós-teste, com ganho médio de 1,29 ponto. Esse aumento foi estatisticamente significativo pelo teste de Wilcoxon pareado ($p < 0,001$) e apresentou tamanho de efeito grande (Cohen $d = 0,88$), sugerindo efeito educacional relevante no contexto da amostra analisada. Por se tratar de avaliação imediata, sem grupo controle e com amostra reduzida, o achado deve ser interpretado como evidência de melhora de curto prazo no grupo estudado, e não como comprovação definitiva de retenção ou mudança sustentada de comportamento.

Esse resultado é compatível com a literatura que descreve o potencial de treinamentos em primeiros socorros para ampliar conhecimento, prontidão e autoconfiança da população diante de emergências (Kendall *et al.*, 2025; Bonizzio *et al.*, 2019). Uma das contribuições do presente estudo pode estar em sugerir esse efeito em uma amostra comunitária heterogênea, atendida em diferentes cenários do interior paulista, por meio de uma ação extensionista universitária estruturada.

O desempenho inicial relativamente elevado em algumas questões deve ser considerado na interpretação dos resultados. Os itens Q2 (infarto) e Q3 (engasgo em adultos conscientes) apresentaram desempenho elevado de 96,4% no pré-teste, aproximando-se do efeito teto e limitando a possibilidade de melhora mensurável. Ainda assim, 71,4% dos participantes apresentaram aumento no escore

global, 21,4% mantiveram o desempenho e 7,1% apresentaram piora, o que sugere boa adequação da intervenção ao perfil da amostra.

As maiores variações ocorreram em temas com menor desempenho inicial, especialmente crise convulsiva e engasgo parcial. A questão sobre crise convulsiva (Q8) passou de 53,6% para 85,7% de acertos ($p=0,012$), e a questão sobre engasgo parcial (Q10) apresentou o maior ganho absoluto da análise, com aumento de 35,7% para 85,7% ($p<0,001$). Esses achados são pedagogicamente relevantes, pois indicam melhora justamente em conteúdos nos quais havia maior vulnerabilidade inicial.

Essas lacunas podem estar relacionadas à persistência de crenças populares inadequadas (Hewett Brumberg *et al.*, 2024). Em queimaduras, ainda é comum a aplicação de substâncias caseiras sobre a lesão; em crises convulsivas, permanecem condutas equivocadas, como tentar conter rigidamente a vítima ou introduzir objetos na boca; e, no engasgo parcial, a oferta de líquidos ou a realização precoce de manobras inadequadas pode agravar a situação (Hewett Brumberg *et al.*, 2024; Olasveengen *et al.*, 2021). Assim, a melhora observada nesses itens sugere que a intervenção parece ter contribuído para reduzir equívocos conceituais em temas com potencial repercussão prática (Kendall *et al.*, 2025; Hewett Brumberg *et al.*, 2024).

A redução não significativa na questão sobre vítima inconsciente também merece análise específica. Embora o desempenho tenha diminuído de 96,4% para 78,6%, essa variação não alcançou significância estatística ($p=0,125$). Uma hipótese possível é que a apresentação de uma sequência mais completa de atendimento tenha aumentado a carga cognitiva dos participantes no pós-teste. A intervenção abordou etapas como segurança da cena, responsividade, avaliação da respiração, acionamento do serviço de emergência e início das manobras quando indicado. Esse achado reforça a necessidade de ensinar primeiros socorros por meio de sequências simples, repetidas e treinadas em simulações, para que o conteúdo seja convertido em resposta organizada diante da emergência.

O desempenho nas questões inéditas do pós-teste também contribui para a interpretação dos resultados. O aproveitamento médio foi de 86,6%, correspondente a 6,93 acertos em oito questões. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa entre o desempenho nas questões repetidas e nas

questões inéditas ($p=0,098$), o que sugere que os participantes não apenas reconheceram respostas previamente vistas, mas conseguiram aplicar parte do conteúdo aprendido em novos enunciados. Esse dado fortalece a interpretação de que houve possível generalização imediata do conhecimento adquirido.

Apesar disso, os itens NQ7 (67,9%) e NQ8 (67,9%) apresentaram o menor desempenho entre as questões inéditas, ambos abaixo de 70%. Esse resultado indica uma lacuna importante, pois atrasos no início das compressões torácicas podem comprometer o prognóstico da vítima em parada cardiorrespiratória. Dessa forma, futuras capacitações devem reforçar esse ponto por meio de comandos objetivos, treino cronometrado e repetição prática da sequência inicial de atendimento (Panchal *et al.*, 2020).

A ausência de associação estatisticamente significativa entre variáveis sociodemográficas e ganho de aprendizagem sugere que a intervenção pode ter sido acessível a diferentes perfis de participantes. Não foram observadas diferenças significativas no ganho segundo gênero ($p=0,283$), faixa etária ($p=0,104$), escolaridade ($p=0,300$) ou grupo profissional ($p=0,131$). Contudo, essa interpretação deve ser cautelosa, pois a amostra reduzida limita o poder estatístico para detectar diferenças entre subgrupos e algumas categorias apresentaram número muito pequeno de participantes.

As correlações de Spearman não indicaram associação estatisticamente significativa entre faixa etária e os escores absolutos no pré-teste ($p=-0,21$; $p=0,275$), no pós-teste ($p=-0,27$; $p=0,169$) ou no ganho de aprendizagem ($p=+0,08$; $p=0,699$). Esses achados não permitem concluir influência da idade sobre o desempenho ou a aprendizagem nesta amostra, devendo ser reavaliados em estudos com maior número de participantes.

A avaliação positiva da capacitação pelos participantes é outro achado relevante para a continuidade do projeto. As médias da escala de Likert foram elevadas em todos os itens avaliados, com destaque para aplicabilidade prática (4,82) e clareza das explicações (4,79). O item confiança para agir em emergências reais apresentou a menor média, embora ainda elevada (4,46), o que é coerente com a complexidade do tema. Responder corretamente a um questionário não significa, necessariamente, sentir-se preparado para agir sob pressão emocional diante de uma vítima real.

Nesse sentido, a principal contribuição interpretativa deste estudo está na distinção entre conhecimento declarativo e competência procedimental. Questionários objetivos são úteis para avaliar compreensão conceitual, mas não medem plenamente a execução de compressões torácicas efetivas, o posicionamento correto das mãos, a força e a direção da manobra de desobstrução ou a capacidade de seguir uma sequência de atendimento sob estresse (Cheng *et al.*, 2020). As observações de campo sugerem que saber o que fazer e saber como executar são dimensões diferentes da aprendizagem em primeiros socorros.

As dificuldades práticas observadas durante as intervenções, dialogam com a menor média observada no item confiança para agir em emergências reais e reforça que a aquisição de conhecimento teórico, embora necessária, não é suficiente para assegurar competência prática. A consolidação da aprendizagem em primeiros socorros depende de prática supervisionada, repetição, simulações realistas e feedback imediato (Cheng *et al.*, 2020).

Assim, a continuidade do projeto deve incorporar instrumentos estruturados de avaliação prática, como checklists de desempenho em simulações, além de estratégias de reforço e reavaliação em médio prazo. Esse aprimoramento permitirá avaliar não apenas a aquisição imediata de conhecimento, mas também a retenção, a autoconfiança e a competência prática dos participantes. Para uma iniciativa extensionista, esse movimento é fundamental, pois aproxima a ação educativa de seu objetivo final: capacitar a comunidade para reconhecer emergências e agir de forma segura até a chegada do atendimento especializado.

5.1 Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal delas é o tamanho reduzido da amostra, composta por 28 participantes, o que restringe o poder estatístico das análises de associação e limita a generalização dos achados para a população do município. Além disso, a amostragem foi por conveniência, vinculada aos locais em que as ações extensionistas puderam ser realizadas.

Outra limitação é a ausência de grupo controle, o que impede atribuir os ganhos observados exclusivamente à intervenção com a mesma força de um

desenho experimental controlado. A avaliação foi realizada imediatamente após a capacitação, mensurando aprendizagem de curto prazo, sem análise de retenção em médio ou longo prazo. O instrumento de conhecimento foi construído com base nos conteúdos da intervenção, mas não corresponde a uma escala previamente validada para avaliação ampla de competência em primeiros socorros.

Além disso, algumas questões apresentaram desempenho máximo já no pré-teste, caracterizando efeito teto e reduzindo a possibilidade de mensurar ganhos adicionais nesses conteúdos. A repetição de parte das questões no pós-teste também pode ter favorecido efeito de memória, embora a inclusão de questões inéditas tenha buscado explorar a aplicação do conhecimento em novos cenários. Deve-se considerar, ainda, a possibilidade de viés de desejabilidade social na escala de percepção, uma vez que os participantes avaliaram a intervenção imediatamente após a capacitação.

Também não foi realizada avaliação prática estruturada por meio de checklists formais. As observações de campo foram úteis para identificar dificuldades recorrentes, mas tiveram caráter descritivo e não sistemático. Portanto, os achados práticos devem ser interpretados como indícios para aprimoramento metodológico, e não como medida objetiva de competência procedimental. Adicionalmente, a realização das intervenções em diferentes contextos comunitários pode ter produzido variações logísticas na condução das atividades, ainda que os conteúdos essenciais tenham sido preservados. A ampliação da coleta permitirá aumentar a amostra, melhorar o poder das análises e incorporar avaliações práticas e seguimento longitudinal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção educativa em primeiros socorros realizada pelo projeto Minutos que Contam esteve associada a um aumento significativo do conhecimento teórico dos participantes no período imediatamente posterior à capacitação. A média de acertos elevou-se de 7,89 no pré-teste para 9,18 no pós-teste, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) e tamanho de efeito grande (Cohen $d = 0,88$), sugerindo efeito educacional relevante no contexto da amostra analisada.

Os maiores ganhos ocorreram em temas que apresentavam maior vulnerabilidade inicial, especialmente crise convulsiva e engasgo parcial. O desempenho nas questões inéditas do pós-teste, com aproveitamento médio de 86,6%, sugere que parte do conteúdo foi aplicada em novos cenários, e não apenas memorizada a partir das questões repetidas. Entretanto, o menor desempenho no item relacionado ao tempo máximo para avaliação da respiração normal antes da RCP indica que aspectos críticos do atendimento inicial ainda precisam ser reforçados com maior objetividade, repetição e treino prático.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e ganho de aprendizagem, o que sugere que a intervenção foi acessível a diferentes perfis de participantes. Essa interpretação, contudo, deve ser considerada com cautela devido ao tamanho reduzido da amostra, ao caráter parcial da coleta e ao pequeno número de participantes em algumas categorias analisadas.

A percepção dos participantes foi favorável, com altas médias de satisfação, aplicabilidade prática e clareza das explicações. Ainda assim, a confiança para agir em emergências reais apresentou média discretamente menor, reforçando que o conhecimento teórico, embora necessário, não garante por si só competência prática. As observações de campo também sugeriram diferença entre conhecimento declarativo e execução adequada das manobras, especialmente em situações que exigem coordenação motora, tomada de decisão e segurança emocional.

Dessa forma, futuras etapas do projeto devem fortalecer o componente prático das intervenções, ampliar o tempo dedicado à execução supervisionada de manobras, incorporar checklists padronizados de avaliação prática, aumentar a amostra e avaliar a retenção do conhecimento em momento posterior. Mesmo diante das limitações do estudo, os achados sugerem que ações extensionistas estruturadas, quando acompanhadas de avaliação sistemática, podem contribuir para ampliar o conhecimento imediato em primeiros socorros e orientar melhorias contínuas nas estratégias educativas voltadas à comunidade.

REFERÊNCIAS

- ABELLA, B. S. *High-quality cardiopulmonary resuscitation: current and future directions*. Current Opinion in Critical Care, v. 22, n. 3, p. 218–224, jun. 2016.
- ALVES, C. I. et al. *Análise epidemiológica de casos de PCR no serviço do SAMU no município de Curitiba*. Curitiba, p. 1-13, jan. 2024.
- ALVIM, A. L. et al. *Conhecimento em primeiros socorros: estudo comparativo entre professores de escola pública e privada*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 27, e1019, 2019.
- BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. *Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0586.
- BONIZZIO, C. R.; NAGAO, C. K.; POLHO, G. B.; PAES, V. R. *Basic Life Support: an accessible tool in layperson training*. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 65, n. 10, p. 1300-1307, 2019. DOI: 10.1590/1806-9282.65.10.1300.
- BRASIL. Lei n. 13.722, de 4 de outubro de 2018. *Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados*. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 5 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRITO, J. G. et al. *Effect of first aid training on teams from special education schools*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 2, e20180288, 2020.
- CABRAL, M. L. A.; OLIVEIRA, T. F. *O conhecimento de leigos sobre suporte básico de vida: uma revisão sistemática*. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 59, p. 86–97, 2019.
- CARDOSO, T. A. O.; SILVA, I. *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- CHEHUEN NETO, J. A. et al. *Campanha Pública de Capacitação em Suporte Básico de Vida: perfil e conhecimento do público-alvo*. Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 14, n. 1, p. 29–33, 2016.
- CHENG, A. et al. *Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Circulation, v. 142, n. 16_suppl_2, p. S551-S579, 2020. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000903.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.

COSTA, I. O. et al. *Estudo descritivo de óbitos por engasgo em crianças no Brasil*. Revista de Pediatria SOPERJ, v. 21, supl. 1, n. 1, p. 11–14, 2021.

HAJJAR, L. A. et al. *Medicina de emergência: abordagem prática*. 18. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2024.

HEWETT BRUMBERG, E. K. et al. 2024 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation*, v. 150, n. 24, p. e519-e579, 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001281.

KENDALL, I. et al. *First aid training for laypeople*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8, art. CD015538, 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD015538.pub2.

KOO, M.; YANG, S.-W. *Likert-Type Scale*. *Encyclopedia*, v. 5, n. 1, p. 18, 2025.

MORAIS, D. A. *Lei Lucas e a capacitação em primeiros socorros nas escolas brasileiras: análise de implementação*. *Cadernos de Educação*, v. 12, n. 1, p. 45–62, 2023.

OLASVEENGEN, T. M. et al. *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support*. *Resuscitation*, v. 161, p. 98-114, 2021. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.009.

PANCHAL, A. R. et al. *Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation*, v. 142, n. 16_suppl_2, p. S366-S468, 2020. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000916.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. *O leigo e o suporte básico de vida*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009. DOI: 10.1590/S0080-62342009000200012.

RODRIGUES, G. H. M. et al. *Avaliação do conhecimento de cirurgiões dentistas da rede de atenção básica de um município pernambucano frente às emergências médicas: estudo quantitativo*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, v. 41, n. 5, p. 05-09, dez. 2022 – fev. 2023

SANTANA, R. R. et al. *Extensão universitária como prática educativa na promoção da saúde*. *Educação & Realidade*, v. 46, n. 2, e98702, 2021. DOI: 10.1590/2175-623698702.

SANTOS, S. M. J. et al. (Org.). *Cartilha de primeiros socorros: obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE)*. João Pessoa: Editora do CCTA, 2021.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS MULHERES E DOS ATENDIMENTOS GINECOLÓGICOS NO CENÁRIO DE UM AMBULATÓRIO ESCOLA

Carla Luchesi de Souza
Graduanda em Medicina - UniFACEF
Email: carla.luchesi.souza.0312@gmail.com

Julia Casarin Caleiro
Graduanda em Medicina-UniFACEF
Email: caleirojulia@gmail.com

Mylene Cristina Cruz
Graduanda em Medicina-UniFACEF
Email: mylenacruz005@gmail.com

Patricia Reis Alves dos Santos
Docente do Departamento de Enfermagem e Medicina– Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Muitos avanços foram vivenciados nas últimas décadas na área de saúde da mulher no Brasil, a saúde da mulher. Nas primeiras décadas do século XX, as políticas públicas eram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Diante disso, o movimento feminista brasileiro teve grande relevância na crítica a tais programas, pautada no acesso e nos cuidados fora do ciclo gravídico-puerperal, além da ausência da assistência no restante de suas vidas. (BRASIL, 2004, p.09). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres - PNAISM direciona o conjunto de diretrizes e objetivos na busca de oferecer cuidados completos para a saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

No entanto, ainda há muito a ser feito, dentre os maiores desafios encontrados, segundo dados epidemiológicos de 2022 do Instituto Nacional de Câncer, está o câncer de colo de útero, sendo a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Ainda, ocupa terceiro lugar dentre os tipos de cânceres mais frequentes no público feminino, ficando atrás somente do câncer colorretal e de mama (INCA, 2022, p.07).

Além das ações de rastreamento de CA de colo uterino, destaque também deve ser dado ao câncer de mama, que também apresenta valores

relevantes de incidência, estimados cerca de 73.610 novos casos em 2024. Ainda sobre o CA de mama, em estudo publicado pelo INCA, atualizado em 2023, cerca de 16,1% do total de óbitos por cânceres em mulheres foi de mama. (INCA, 2023, online).

Ressalta-se que as ações e serviços ofertados às mulheres no âmbito do Sistema Único de Saúde estão organizados na lógica das Redes de Atenção, contemplando ações a serem desenvolvidas na atenção primária, mas também com articulação na atenção secundária e hospitalar quando os encaminhamentos forem necessários, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Exemplificando, com o intuito de reduzir a morbimortalidade de neoplasias femininas, as políticas públicas prezam pela organização de redes de referência e contrarreferência para diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo uterino e mama (BRASIL, 2011, p.70), além de ofertarem testes anti-HIV e sífilis para mulheres diagnosticadas com DST, HPV ou câncer invasor e, por fim, garantem o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária em mastectomizadas.

Neste contexto, importante papel pode ser atribuído aos ambulatórios escola, como ponto de atenção que compõem a Rede de Saúde, fortalecendo as ações com foco na saúde da mulher.

Importante ressaltar a experiência dos pacientes ao serem atendidos pelo público acadêmico e as contribuições profissionais que esses atendimentos trarão aos graduandos e ao Sistema Único de Saúde. Estudo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica, no ano de 2021, sob a ótica do paciente frente ao serviço, foi demonstrada satisfação em contribuir com o aprendizado dos estudantes, com relatos frequentes de mais explicações quanto ao seu estado de saúde, quando comparado a um profissional formado (OLIVEIRA, 2021).

Sob outra perspectiva, no estudo de Zilli, foram constatados dois principais grandes benefícios simultâneos de internalizar o docente ao atendimento em ambiente escola, sendo eles: desafogar os pontos de estrangulamento do SUS, enquanto mostra aos alunos o contato direto com a atuação profissional (ZILLI, 2017, p.03).

A vivência do estudante ao atendimento ambulatorial, com foco no cuidado à mulher faz-se importante, pois estimula desde o início a desenvolver um olhar ampliado ao atendimento a essa população, assim como possibilita que ele se

aproxime das principais demandas e construa um ambiente de aprendizado e de crescimento para ambas as partes envolvidas.

Diante disso, compreender as principais queixas e o perfil das mulheres que buscam o serviço ambulatorial vinculado a uma Instituição de Ensino, torna-se relevante uma vez que isso pode influenciar na qualidade e adesão, conceitos primordiais para um dos pilares da saúde pública, contribuindo também para a alocação de recursos, fundamental ao planejamento de políticas públicas de saúde de acordo com as particularidades de cada local (VOTTA, et al., 2022).

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como questão norteadora: “Qual o perfil das mulheres e dos atendimentos em um ambulatório escola de um centro universitário municipal, no interior paulista?”

2. OBJETIVO

Caracterizar o perfil de atendimentos ginecológicos e das mulheres que utilizam um ambulatório escola do interior paulista.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, transversal com amostragem aleatória de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no Ambulatório Escola de um Centro Universitário Municipal, vinculado a uma Unidade de Atenção Primária do município, o qual é o contato do estudante com a prática em diversas áreas, desde os primeiros anos do curso.

As atividades do ambulatório deram-se início em 01 agosto de 2022, no entanto foi selecionado para esses estudos dados de janeiro de 2023 até outubro de 2025. Os dados referentes ao ano de 2022 não foram analisados, em virtude da indisponibilidade de acesso decorrente da transição de sistema informatizado no ambulatório. A coleta de dados foi retrospectiva, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino, sob o Parecer de N° 7.672.032. e da Secretaria Municipal de Saúde.

A partir da coleta dos dados gerais do número de atendimentos no período supracitado, foi realizado cálculo amostral pelo “SurveyMonkey Inc”,

considerando estratificação de faixa etária para a seleção da busca em prontuário, dos quais foram selecionados aleatoriamente pelo programa “Microsoft Excel” com intervalo de confiança de 99%.

As variáveis utilizadas para as análises foram organizadas em sociodemográficas e clínicas para promoção de saúde ginecológica. As variáveis sociodemográficas incluíram iniciais do nome, idade, data de nascimento. Já as variáveis clínicas compreenderam: categorização de consulta entre primeira consulta ou retorno; queixa(s) principal(s); realização de citopatológico e mamografias. Já as variáveis referentes a hábitos que refletem diretamente na saúde ginecológica foram sobre vida sexual ativa e quantos parceiros.

Não houve exclusão de prontuários com dados incompletos, na ausência desses dados foram identificados como informação não coletada. Para essa abordagem foi desenvolvido um instrumento confeccionado no aplicativo “Google forms” da Alphabet Inc.® como recurso para coletar todos aos dados pertinentes uma vez que as coletas foram realizadas por três alunas de medicina do Uni-FACEF e desse modo é necessário padronização de ordem da coleta de dados a fim da montagem final em planilhas no programa “Microsoft Excel”. A partir disso, foi gerado pela própria ferramenta a tabela Excel utilizada para etapa de análise de dados.

Para a análise dos dados foi utilizados o Programa Microsoft Excel, por meio de técnicas de análise estatística descritiva e inferencial entre as variáveis, conforme apresentaremos em resultados a seguir.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Seleção da amostra

O processo de seleção da amostra seguiu etapas sequenciais, conforme ilustrado no fluxograma da figura 1:



Figura 1: Figura representativa sobre os passos utilizados para selecionar a amostra de pacientes representativa do total de atendimentos do ambulatório escola nos anos de 2023 a 2025. Fonte: Os autores, 2026.

Inicialmente, foram considerados todos os atendimentos realizados no período de janeiro de 2023 a outubro de 2025 ($n = 2476$). A partir desse total, procedeu-se ao cálculo amostral, adotando-se nível de confiança de 99%, resultando em uma amostra de 525 mulheres. Em seguida, os atendimentos foram estratificados por faixa etária, a fim de caracterizar a distribuição da população atendida. Posteriormente, aplicou-se a estratificação proporcional da amostra com base nessa distribuição etária, garantindo representatividade entre os diferentes grupos. Dessa forma, a composição final da amostra manteve a proporcionalidade observada na população total, permitindo maior robustez na análise dos dados.

4.2 Perfil dos dados gerais

Em relação ao número total de pacientes atendidas no período de janeiro de 2023 a outubro de 2025 foram identificadas (N) 2.476 pacientes atendidas no ambulatório escola estratificadas por faixa etária conforme apresenta na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição, por intervalo de faixa etária, da quantidade total de pacientes atendidas no ambulatório escola de ginecologia, do interior de São Paulo, durante o período de 2023 a 2025.

Intervalo de faixa etária em anos	Quantidade de pacientes	Porcentagem (%)
10-19	102	4,11%
20-29	316	12,76%
30-39	406	16,39%
40-49	601	24,27%
50-59	589	23,78%
60-69	348	14%
70-79	103	4,15%
80-89	11	0,4%
Total (N)	2.476	100

Fonte: Elaborada pelos próprios autores, 2026.

Destas, foram selecionadas uma amostra aleatória de 525 pacientes. A partir dessa seleção foi realizada a coleta de dados em prontuário, em relação aos dados da faixa etária apresentaremos na tabela 2, a seguir:

Tabela 2 – Distribuição, por intervalos de faixa etária, da amostra de pacientes atendidas por alunos no ambulatório escola de ginecologia, do interior de São Paulo, durante o período de 2023 a 2025.

Faixa etária	Número de atendimentos (uni.)	Percentual de atendimentos (%)
10 – 19	22	4%
20 – 29	66	12,57%
30 – 39	87	16,57%
40 – 49	125	23,81%
50 – 59	129	24,57%
60 – 69	70	13%
70 – 79	25	4,76%
80 – 89	1	0,19%
Total	525	100%

Fonte: Elaborada pelo próprio autor, 2026.

Foi possível identificar predominância de mulheres na faixa de 40 a 59 anos (48,38%), corroborando com estudo de Ferreira e colaboradores (2019) em um ambulatório escola por meio da amostra estudada de 130 pacientes na qual a média de idade também foi na faixa de 43 anos. Em relação aos extremos de idade, observou-se 10 a 19 anos e de 80 a 89 anos, foram menos representativos, com 4%

e 0,19% respectivamente. Portanto a maior demanda de atendimento concentra-se em pacientes de meia-idade, sugerindo que esta população apresenta maior necessidade de acompanhamento ambulatorial.

A baixa proporção de pacientes de idade avançada (≥ 76 anos) pode estar relacionada a menor procura por serviços ambulatoriais da ginecologia uma vez que um dos possíveis motivos são as limitações das demandas, já que os exames preventivos, como citopatológico e mamografia perdem evidência científica de acordo com Ministério da Saúde (2025), para sua prática nessas idades.

Dessas consultas ginecológicas, 174 (33,1%) foram registradas como primeira consulta e retorno são 351 registros (66,9%), evidenciando o cuidado longitudinal da maioria dos atendimentos conforme apresenta na tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Número de pacientes atendidas por alunos no ambulatório escola de ginecologia, do interior de São Paulo, durante o período de 2023 a 2025 de acordo com o perfil de atendimento entre primeira consulta ou retorno.

Perfil de atendimentos ginecológicos	Número	Porcentagem (%)
Primeira consulta	174	33,1%
Retorno	351	66,9%
Total	525	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2026.

Independente da faixa etária, essas mulheres buscam auxílio médico como uma forma de resolver suas queixas e/ou procurar por consultas de rotina como uma forma de manter a promoção e prevenção de saúde. E de acordo com a Tabela 3, foi observado um número considerável de retornos que diante da continuidade do cuidado esta diretamente associada à satisfação dos pacientes com o profissional ou estudante da área da saúde e seus cuidados. Relação essa identificada em conformidade com Fihn, et.al, 2005, no qual seu estudo com 21.689 atendimentos ambulatoriais demonstrou que a continuidade do cuidado estava fortemente associada à satisfação dos pacientes.

4.3 Perfil dos atendimentos ginecológicos:

Em relação ao perfil de procura pelos atendimentos observa uma variedade de queixas mencionadas pelas pacientes das quais foram agrupados conforme tabela 4 a seguir:

Tabela 4: Descrição dos principais motivos que levaram as mulheres buscarem atendimento no ambulatório escola de ginecologia nos períodos de 2023 a 2025.

Motivo / Queixa Principal	Número de queixas identificadas nos Atendimentos	Porcentagem (%)
Rotina / Retorno	199	31%
Sangramento Uterino Anormal (SUA)	54	08%
Dor	53	08%
Sintomas Climatéricos	49	07%
Planejamento Familiar	42	06%
Mama	42	06%
Leucorreia	42	06%
Prurido	34	05%
Incontinência Urinária	22	03%
Disúria ou outros sintomas miccionais	18	02%
Mioma	17	02%
Colposcopia	7	01%
Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)	6	01%
Cisto de ovário	6	01%
Prolapso	4	0,6%
Amenorreia	4	0,6%
Outros (<3 casos registrados)	35	05%
TOTAL	634	100%

Fonte Os autores, 2026.

É possível verificar 634 motivos de procura pelos atendimentos nos 525 prontuários analisados, é importante salientar que uma paciente pode referir mais de uma queixa principal no ato da consulta, cabe ao médico interpretar qual é mais desconfortante ou com risco de vida para a paciente naquele momento, e a partir de então dar maior enfoque para a consulta e garantir uma resolubilidade maior como já disse Fihn, et.al, 2005 em seu trabalho.

Diante das queixas identificadas foi possível observar 10 motivos mais prevalentes de atendimento ginecológico, revelando padrões que refletem tanto a fisiologia feminina quanto os desafios recorrentes em diferentes fases da vida da mulher conforme apresentado na figura 2.

Distribuição da Frequência das 10 queixas ginecológicas mais evidentes.

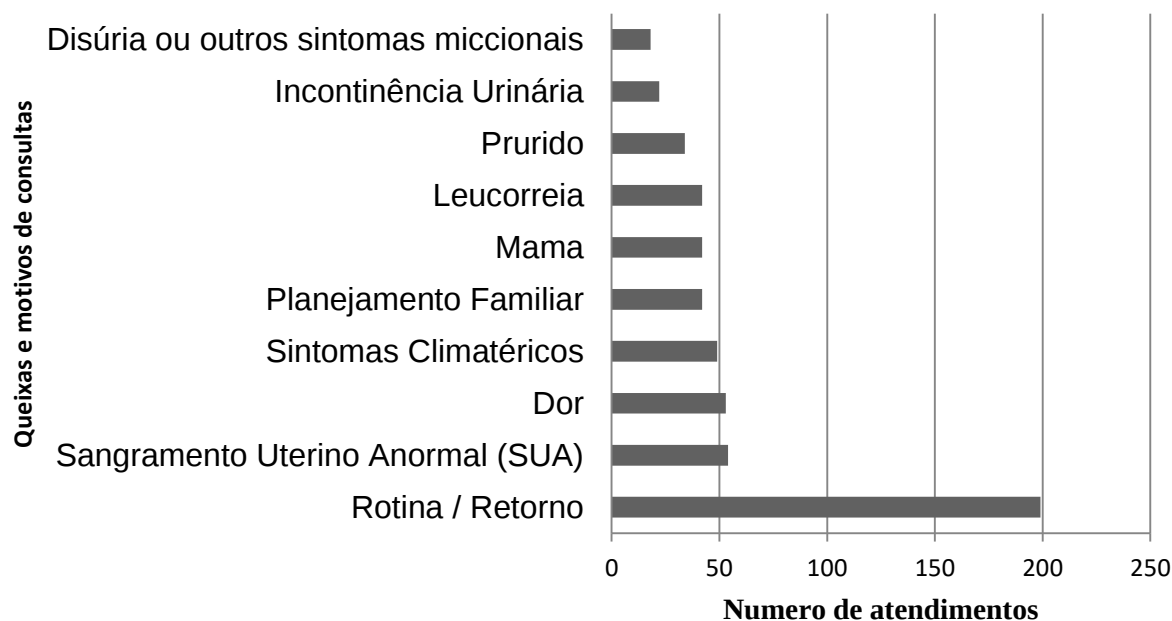


Figura 2: Figura do gráfico contendo as 10 queixas principais mais frequentes em consultas no ambulatório escola no interior de São Paulo, relatadas pela amostra de pacientes nos anos de 2023 a 2025. Fonte: Os autores, 2026.

Na análise dos principais motivos observou-se que 31% dos atendimentos foram rotina/retorno corroborando com estudo Ferreira e colaboradores (2019), no qual 37% tratava-se de rotina ginecológica, como coleta de citologia oncológica e rastreamento mamográfico.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), essa alta prevalência pode ser justificada pelo fato desse exame ser preconizado na população feminina com vida sexual ativa, e como prática de rastreamento periódico em mulheres de 25-64 anos.

Se tratando da queixa principal especificada, o motivo mais frequente foi o Sangramento Uterino Anormal (SUA), com 54 (8%) atendimentos envolvendo diversas causas, como miomas, distúrbios hormonais, uso de anticoncepcionais ou transição para a menopausa. Em um estudo realizado em um ambulatório em Belo

Horizonte, Barros, et al (2019) o sangramento genital anormal foi identificado como a terceira principal queixa das mulheres atendidas. O SUA significa uma anormalidade no ciclo menstrual da mulher, seja na sua regularidade, volume, frequência ou duração. Diante disso utilizamos a classificação de PALM-COEIN, que define as principais causas, sendo os leiomiomas, pólipos e a adenomiose os mais comuns.

Em seguida, aparece a dor, com 53 casos (8%), um motivo subjetivo e foi abordado dentro de dor – dismenorreia, dispareunia e dor pélvica podendo estar relacionado principalmente com o climatério seguida das mulheres em idade fértil assim como descrito no trabalho Meneguzzo, et al (2023).

Os sintomas do climatéricos foram responsáveis por 49 atendimentos (7%) e refletem a transição para a menopausa com ondas de calor, insônia, irritabilidade e alterações de humor. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o climatério como um processo natural que não deve ser considerado uma enfermidade, mas sim uma série de mudanças biológicas que ocorrem durante a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva nas mulheres.

Em conformidade com o texto de Lima, et al (2024), essas mulheres passam por mudança rápida e algumas delas enfrentam dificuldades para lidar com as transformações e buscam atendimento para melhor esclarecimentos.

Para melhor atender o paciente em relação a algumas queixas mais específicas é importante entender a vida sexual com a finalidade de fazer as devidas orientações e ou tratamentos corretos. Desse modo, esse relato foi um ponto importante a ser analisado no trabalho conforme a tabela 5:

Tabela 5: Tabela do número da amostra de pacientes com registro sobre o perfil de atividade sexual atendidos no ambulatório escola no interior de São Paulo nos anos de 2023 a 2025.

Situação da vida sexual	Número de pacientes	Porcentagem (%)
Vida Sexual ativa	333	63,4%
Vida Sexual não ativa	62	11,8%
Não coletada a informação	130	24,8%
Total	525	100%

Fonte: Os autores, 2026.

Ainda que essa questão interfira diretamente na saúde das mulheres durante a análise da situação da vida sexual das pacientes verificou-se que em 130 casos (24,8%) essa informação não foi registrada, representando uma proporção significativa de ausência de dados. No demais a maioria relatou possuir vida sexual ativa, correspondendo a 333 casos (63,4%) em contrapartida, 62 pacientes (11,8%) informaram não manter atividade sexual no momento da coleta dos dados.

Esses resultados indicam que a maior parte da população estudada encontra-se sexualmente ativa, o que pode estar relacionado à faixa etária e ao contexto cultural da amostra. O início das atividades sexuais nas mulheres é correlacionado a sexarca precoce aos 14 anos com maior incidência de alterações neoplásicas do colo uterino com uma idade média de 18,46 anos descrito pelo estudo Barros et al (2019).

A proporção de pacientes sem vida sexual ativa pode refletir fatores como idade, estado civil, condições de saúde ou preferências pessoais. Já a elevada taxa de informações não coletadas sugere uma limitação metodológica, possivelmente associada à dificuldade de abordagem do tema assim como foi visto no estudo Costa et al (2024) ou à resistência das pacientes em fornecer dados sobre sua vida sexual, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados

Em relação ao numero de parceiros sexuais verificou-se que 34% das pacientes relataram possuir um parceiro fixo conforme tabela 6:

Tabela 6 – Distribuição, por perfil sexual, da amostra, de pacientes que declararam manter vida sexual ativa, durante o período de 2023 a 2025 atendidos no ambulatório no interior de São Paulo.

Perfil sexual	Número de pacientes com vida sexual ativa (uni.)	Percentual de pacientes com vida sexual ativa (%)
Informação não coletada	279	53%
Um parceiro fixo	225	43%
Parceiro(s) não fixo(s)	21	04%
Total	525	100%

Fonte: Os autores, 2026.

Em relação ao numero de parceiros sexuais verificou-se que 34% das pacientes relataram possuir um parceiro fixo conforme tabela 6:

Nota-se que mais de 50% dos atendimentos essa informação não foi descrita em prontuário fato que dependendo das condições de saúde da paciente

são um prejuízo para a sua terapêutica e promoção de saúde. Isso pode demonstrar certa dificuldade do aluno em se especificar na pergunta, sendo uma provável limitação na habilidade de comunicação com o paciente, como já descrito em literatura de Costa, et al (2024). Portanto, torna-se necessário a construção desta, e com o reforço de dados da literatura, é evidente que pacientes com uma percepção mais positiva da comunicação interpessoal com o estudante ou um profissional de saúde em experiências anteriores, estariam mais inclinadas a consentir a presença de discentes no atendimento, em contrapartida se tivessem uma percepção negativa dessas habilidades, estariam mais resistentes a presença do mesmo, dificultando inclusive o fornecimento de informações essenciais como por exemplo dados pessoais relacionados a vida sexual, que necessitam de um nível base de confiança e conforto durante o atendimento.

Nessa situação o constrangimento é particularmente experienciado, tanto por pacientes quanto pelos estudantes, isso pode ser evitado com a forma de se comunicar, demonstrando respeito e gentileza, e de transmitir preocupação, agindo profissionalmente durante a consulta, contribuindo para a formação de vínculo e a redução do desconforto.

Outro ponto é entre os dados disponíveis, nota-se predominância de relacionamentos monogâmicos e baixa frequência de múltiplos parceiros, o que pode estar associada à baixa exposição a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A partir da análise dos dados referentes às variáveis parcerias sexuais é importante orientar sobre o uso de preservativo, bem como padrões comportamentais conforme o tipo de vínculo sexual a fim de fator protetivo para ISTs.

4.4 Perfil do rastreamento de câncer de colo uterino e mama:

Ao analisar os atendimentos em relação a coleta de citopatológico para rastreamento de câncer de colo uterino foi possível observar que 175 pacientes (33%) realizaram o exame, destas, 110 (62%) paciente eram primeira consulta no ambulatório conforme tabela 7:

Tabela 7: Distribuição da amostra de pacientes que obtiveram coleta do exame de citopatológico na ultima consulta registrada em prontuário, durante o período de 2023 a 2025 atendidos no ambulatório no interior de São Paulo.

		Primeira Consulta	Retorno
Coleta Citopatológico	175 (33%)	111 (62%)	64 (38%)
Não Coletou citopatológico	350 (67%)		
Total	525		

Fonte: Os autores, 2026.

Esse achado demonstra que uma parcela significativa das pacientes em primeiro atendimento foi submetida ao exame citopatológico, reforçando a importância da consulta inicial como momento estratégico para a realização de ações preventivas. Por outro lado, os demais **350 atendimentos (67%)** não realizaram o exame de citopatológico, não sendo possível afirmar o motivo dessas ausências. As possíveis explicações são dadas por fatores principais: pacientes que já haviam realizado o exame dentro do intervalo recomendado pelo Ministério da Saúde (2016) ou a uma recusa da paciente em realizar o procedimento naquele momento.

Considerando o intervalo de coleta do citopatológico preconizado pelo Ministério de Saúde, apresentando na tabela 8 a seguir: a maioria dos pacientes 310 (59%) realizou coleta há menos de 3 anos, o que está em consonância com as diretrizes nacionais de rastreamento do câncer do colo do útero, INCA (2022) que recomendam intervalos trienais após dois exames anuais consecutivos normais.

Tabela 8: Distribuição entre a amostra de pacientes de acordo com o intervalo de tempo entre coletas de exame citopatológico, atendidos no ambulatório no interior de São Paulo no período de 2023 a 2025 registrados em prontuário.

Intervalo de tempo entre Coleta de Citopatológico	Número	Porcentagem (%)
Há menos de 3 anos	310	59%
Há mais de 3 anos	45	9%
Informação não registrada em prontuário	143	27%
Nunca Coletou	27	5%
Total	525	100%

Fonte: Os autores, 2026

Esse dado sugere boa cobertura do programa de prevenção no serviço estudado uma vez que apenas 45 pacientes (9%) apresentaram intervalo superior a 3 anos. Esse grupo representa risco aumentado, pois a ausência de rastreamento regular pode retardar o diagnóstico de lesões precursoras.

Outro ponto válido sobre rastreamento é sobre a tabela 9 cujo conteúdo apresenta dados relacionados sobre o rastreamento de câncer de Mama:

Tabela 9 – Número da amostra de pacientes referente à periodicidade da realização do rastreamento de mamografia recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, dos prontuários registrados no ambulatório escola de ginecologia, do interior de São Paulo, durante o período de 2023 a 2025.

Período da coleta de mamografia	Quantidade	Porcentagem (%)
Solicitado em consulta	75	21,14%
Há mais de 2 anos	17	14,29%
Há menos de 2 anos	109	24,00%
Resultado descrito em BIRADS	111	5,71%
Ausência de Registros	30	34,86%
Sem indicação de exame pela idade	183	100%
Total	525	21,14%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2026.

Das 525 atendimentos 342 (65,4%) tinham indicação do rastreamento devido suas respectivas idades. Dessas, 111 prontuários (21,1%) continham o registro do resultado do exame segundo a classificação BI-RADS, já em 75 casos (14,3%), havia apenas a informação de que o exame havia sido solicitado naquela última consulta, sem o resultado anterior. Nas demais, 126 prontuários havia apenas o tempo de solicitação do exame entre mais ou menos de 2 anos e 30 prontuários (5,7% da amostra) estava com ausência das informações sobre mamografia, mesmo com indicação de realizar pela idade cronológica.

Devido tamanha importância do assunto, em setembro de 2025, o Ministério da Saúde ampliou as estratégias de acesso ao exame de mamografia via Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, mulheres acima dos 40 anos podem realizar exame mesmo sem sinais ou sintomas, mediante avaliação médica. Além disso, a faixa etária do rastreamento preventivo foi estendida até os 74 anos, anteriormente o limite era 69 anos. Essas medidas buscam ampliar o acesso ao

diagnóstico precoce, etapa essencial para aumentar as chances de cura e reduzir a mortalidade associada ao câncer de mama de acordo com Ministério da Saúde (2026).

Essa ação ficou mais semelhante as recomendações das diretrizes propostas pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Segundo a entidade, aproximadamente 25% dos casos de câncer de mama no Brasil ocorrem em mulheres entre 40 e 50 anos, o que justificaria o início mais precoce do rastreamento.

Dessa forma, os dados analisados indicam que a maior parte das pacientes com mamografias registradas encontra-se em conformidade com o tempo recomendado para rastreamento. Uma das medidas de conscientização da população foi o incremento do Dia Nacional de Luta Contra o Câncer de Mama, instituído pela Lei nº 12.116/2009, com o objetivo de conscientizar a população sobre a doença, o tratamento e, principalmente, sobre a prevenção. No mês de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama, são feitas mobilizações voltadas à programas de expansão do acesso a consultas, exames e cirurgias, com foco na redução do tempo de espera no SUS através de veículos com serviços como mamografia, ultrassonografia, punção e biópsia de mama, além de consultas médicas presenciais e por telemedicina prioritariamente, estendendo o atendimento para horários não comerciais, a fim de maior adesão de trabalhadoras.

Outro ponto importante é em relação às neoplasias representadas na tabela 10 a seguir:

Tabela 10 – Número entre as comorbidades de neoplasias registradas nos prontuários da amostra de pacientes atendidos, no ambulatório escola de ginecologia, do interior de São Paulo, durante o período de 2023 a 2025.

Neoplasias	Número	Porcentagem (%)
Câncer de mama	03	42%
Câncer de colo	02	28%
Câncer de vulva	01	15%
Câncer Renal	01	15%
Total	07	100%

Fonte: Os autores, 2026.

Segundo o documento sobre Incidência de Câncer no Brasil, lançada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer e os tipos de câncer mais frequentes em mulheres serão câncer de Mama seguido de colo de útero, relação que está em consonância com os resultados apresentados em tabela supracitada. Ambos com rastreios na população feminina e o último com medidas preventivas primárias como a vacinação.

5. CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, conclui-se que o perfil das pacientes atendidas no ambulatório é majoritariamente composto por mulheres de meia-idade, com predominância de demandas relacionadas à rotina ginecológica e ao acompanhamento contínuo, evidenciando a importância desse serviço como espaço de promoção, prevenção e monitoramento da saúde feminina. A elevada frequência de retornos reforça a relevância da continuidade do cuidado e da construção de vínculo entre pacientes e profissionais ou estudantes, impactando diretamente na satisfação e adesão ao acompanhamento.

A análise dos principais motivos de atendimento evidencia a diversidade das demandas ginecológicas, com destaque para o sangramento uterino anormal, a dor e os sintomas do climatério, refletindo diferentes fases do ciclo de vida da mulher. No entanto, observa-se que todas as variáveis analisadas apresentaram, em algum grau, ausência de informações registradas, sendo essa uma limitação importante do estudo. Dentre elas, destaca-se especialmente a variável relacionada à vida sexual, que apresentou elevada taxa de não preenchimento, comprometendo análises mais aprofundadas e evidenciando fragilidades na coleta de dados e na abordagem de temas sensíveis durante a consulta. Esse achado reforça a necessidade de aprimoramento das habilidades de comunicação clínica, especialmente por parte dos estudantes, uma vez que a abordagem adequada, ética e acolhedora é fundamental para o estabelecimento de vínculo e para a obtenção de informações essenciais ao cuidado integral da paciente.

No que se refere às ações preventivas, observa-se a relevância da consulta ambulatorial como momento oportuno para a realização de exames de rastreamento, como o citopatológico e a mamografia, em consonância com as diretrizes nacionais. Ainda assim, a não realização desses exames em parcela significativa das pacientes aponta para a necessidade de estratégias que ampliem o acesso, a adesão e a qualidade do registro dessas práticas.

Por fim, os achados deste estudo ressaltam a importância do fortalecimento das ações de educação em saúde, da qualificação da formação acadêmica e da melhoria dos processos de atendimento e registro em prontuário, visando uma assistência mais resolutiva, humanizada e equitativa. Além disso, sugere-se a realização de novos estudos que investiguem as barreiras relacionadas à comunicação e à coleta de dados, especialmente em variáveis sensíveis, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde ginecológica.

REFERÊNCIAS

BARROS FCP, et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MULHER ATENDIDA EM AMBULATÓRIO GINECOLÓGICO UNIVERSITÁRIO. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, v.3, n.2, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes. Brasília-DF. Editora MS: p.1-82, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes. [s.l.] EDITORA MS, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_dirtrizes.pdf>. Acesso em 20 Março de 2026.

BRASIL, Ministério da saúde. DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PARTE I - RASTREAMENTO ORGANIZADO UTILIZANDO TESTES MOLECULARES PARA DETECÇÃO DE DNA-HPV ONCOGÊNICO. Secretaria De Ciência, Tecnologia, Inovação E Do Complexo Econômico-Industrial Da Saúde Portaria Conjunta Saes/Sectics Nº 13, 29 De Julho De 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro : INCA, 2022.

COSTA GPO, ARANTES AA, Percepções de usuárias do ambulatório ginecológico sobre o atendimento em um hospital universitário. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 48, n.1, 2023.

FERREIRA GMC, et al. Análise das principais queixas ginecológicas no ambulatório escola da Universidade de Franca e correlação com dados epidemiológicos. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Vol. 11 (9). 2019.

FIHN SD, et al. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. Health Services Research and Development Center of Excellence, VA Puget Sound Health Care System, Seattle, WA, USA; Department of Medicine, University of Washington, Seattle, WA, USA. 2005.

INCA; BRASIL, Ministério da Saúde. DADOS E NÚMEROS SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: relatório anual. Rio de Janeiro, novembro 2022. Disponível em: "https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//dados_e_numeros_colo_22novembro2022.pdf". Acesso em 25 de Janeiro de 2024.

INCA; BRASIL, Ministério da Saúde. DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. Rio de Janeiro, 2016.

INCA. Controle do Câncer de Mama. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/mortalidade#>>.

LIMA ABA, et al. CLIMATÉRIO E SAÚDE DA MULHER, UMA ANÁLISE CLÍNICA. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n.3, p.731-746. 2024.

MENEGUZZO TM, et al. ESTUDO TRANSVERSAL SOBRE O PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DO BRASIL. Brazilian Medical Students Journal, 12º ed, v. 8, n.12, 2023.

OLIVEIRA M, et al. Avaliação dos pacientes em relação à presença do estudante de medicina durante os atendimentos ambulatoriais. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 3, 2021.

UNIÃO, Diário Oficial. Decreto Legislativo nº6 de 20 de 2020. Disponível em: "Base Legislação da Presidência da República - Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020".

ZILLI, M. G. et al. CONTRIBUIÇÕES DE UMA CLÍNICA ESCOLA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE NO SUL DE SANTA CATARINA. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, p. 105–116, 29 out. 2017.

FORTALEZAS E AMEAÇAS DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Rafaela Misson Carneiro
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
rafaelamisson@gmail.com

Patricia Reis Alves dos Santos
Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem – Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A comunicação entre profissionais de saúde é reconhecida como um elemento central para a qualidade da assistência e para a segurança do paciente, especialmente nos momentos de transição do cuidado, como a passagem de plantão entre equipes, a transferência de pacientes entre setores e a continuidade do acompanhamento clínico ao longo dos turnos de trabalho. A literatura aponta que falhas nesse processo comunicacional estão entre as principais causas de eventos adversos evitáveis nos serviços de saúde, associando-se a erros de medicação, atrasos diagnósticos, duplicidade de procedimentos, descontinuidade terapêutica e aumento do tempo de internação (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005; ANVISA, 2017). Esses impactos extrapolam o âmbito clínico, atingindo a eficiência organizacional dos serviços, os custos assistenciais e a segurança jurídica dos profissionais envolvidos.

Historicamente, a passagem de plantão nos serviços de saúde tem sido realizada de forma predominantemente informal, baseada na comunicação verbal não estruturada. Esse modelo apresenta limitações significativas, uma vez que depende do estilo individual de cada profissional, da memória e da capacidade de síntese, além de estar sujeito a interferências externas, como ruídos ambientais e interrupções frequentes (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005; BORDENAVE, 1997).

Estudos demonstram que a comunicação não estruturada favorece a omissão de informações críticas, a transmissão de dados irrelevantes em detrimento de aspectos essenciais e a ocorrência de ambiguidades no entendimento das condutas clínicas. Esses fatores comprometem a continuidade

do cuidado e podem resultar em atrasos terapêuticos, erros assistenciais e aumento do risco ao paciente (ANVISA, 2017; SIQUEIRA; KURCGANT, 2005)

Nos serviços de urgência e emergência, a comunicação assume complexidade ainda maior. Esses ambientes são marcados por elevada rotatividade de pacientes, imprevisibilidade da demanda, sobrecarga de trabalho e necessidade de tomadas de decisão rápidas. Tais características aumentam a probabilidade de interrupções durante a passagem de plantão e ampliam o risco de falhas comunicacionais, tornando esse cenário particularmente sensível à ocorrência de eventos adversos relacionados à comunicação (BRASIL, 2011; ANVISA, 2017; FIOCRUZ, 2022).

Diante dessa problemática, organismos internacionais e nacionais passaram a reconhecer a comunicação segura como uma estratégia fundamental para a promoção da segurança do paciente. A Organização Mundial da Saúde (OMS), incluiu a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde como uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, ressaltando seu papel na redução de danos evitáveis. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reforça essa diretriz ao destacar a transição do cuidado como um ponto crítico do processo assistencial, que exige práticas sistematizadas, padronizadas e baseadas em evidências científicas (OMS, 2009; ANVISA, 2017).

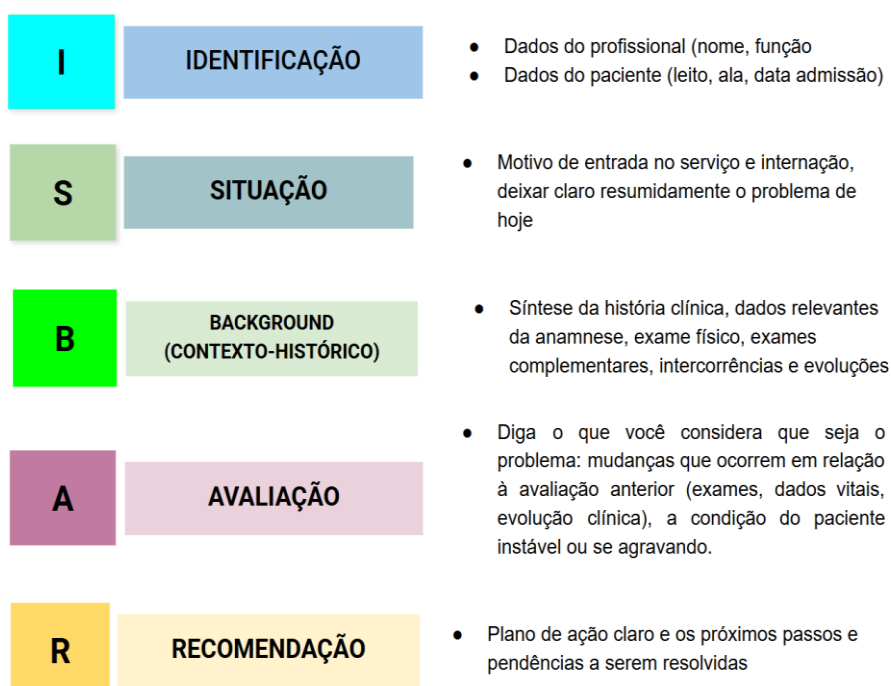
Nesse contexto, diferentes ferramentas de comunicação estruturada vêm sendo propostas com o objetivo de qualificar a passagem de plantão e minimizar perdas de informação. Entre elas, destaca-se o protocolo SBAR, acrônimo para Situation, Background, Assessment e Recommendation, inicialmente desenvolvido no contexto militar e posteriormente adaptado para a área da saúde (SOUSA; MENDES, 2019).

O SBAR organiza a comunicação em uma sequência lógica, permitindo que informações essenciais sejam transmitidas de forma clara, objetiva e padronizada. A etapa “Situation” corresponde à apresentação sucinta da situação atual do paciente; o “Background” contempla o histórico clínico relevante; o “Assessment” refere-se à avaliação profissional do quadro; e a “Recommendation” envolve a proposição clara de condutas e encaminhamentos. Evidências apontam que a utilização do SBAR contribui para a redução de

omissões de informações críticas, melhora a clareza da comunicação entre equipes e favorece a tomada de decisão clínica mais segura (FIOCRUZ, 2020; SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

A seguir, uma representação em imagem acerca dos itens e principais informações a serem coletadas em cada etapa.

Figura 1 - Ferramenta ISBAR e seus componentes



Fonte: As autoras (2026)

Assim, a adoção do SBAR está associada à melhora da qualidade da comunicação, ao aumento da confiança entre os membros da equipe multiprofissional e à redução de eventos adversos. Além disso, sua simplicidade facilita a implementação em diferentes contextos assistenciais, desde que acompanhada de processos de capacitação e sensibilização dos profissionais (MÜLLER et al., 2018; SOUSA; MENDES, 2019).

A utilização de protocolos estruturados contribui para a organização do raciocínio clínico, a priorização das informações mais relevantes e a redução de ambiguidades, especialmente em contextos assistenciais complexos. Nesse cenário, o protocolo SBAR destaca-se pela ampla difusão, simplicidade e

adaptabilidade a diferentes níveis de atenção à saúde (SOUSA; MENDES, 2019; MÜLLER et al., 2018).

Com base nesse panorama, surge a pergunta que orienta este estudo: “Como se desenvolve o processo de transição do cuidado em unidades fixas de urgência pré-hospitalar? Quais as oportunidades de melhorias na comunicação durante a transição do cuidado?”

2. OBJETIVO

Compreender como se desenvolve a comunicação dos profissionais na transição do cuidado e propor oportunidades de melhorias no processo, em uma Unidade de Pronto Atendimento.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade pesquisa-ação, com caráter exploratório e descritivo. Essa escolha permite a aproximação com o campo de estudo, possibilitando compreender a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e, a partir disso, construir coletivamente propostas de melhoria no processo investigado.

Sob a perspectiva da pesquisa-ação proposta por Thiollent (2009), o percurso metodológico deste trabalho seguirá um ciclo flexível de quatro fases contínuas e inter-relacionadas, articulando pesquisa e ação de forma simultânea. Cada fase foi ajustada às intenções do presente estudo — observar a rotina, entrevistar profissionais, construir o instrumento de coleta e proceder à análise temática dos dados — conforme descrito a seguir.

- a) Fase exploratória – Nesta fase realizamos revisão integrativa da literatura, que será apresentada nos resultados parciais, com a finalidade de compreender a temática nos diferentes contextos e subsidiar o desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados.
- b) Como próximo passo, realizaremos observação da rotina de transição do cuidado entre médicos e equipe de enfermagem na UPA, utilizando-se roteiro construído pelas pesquisadoras,

ainda em fase de validação, com o objetivo de mapear o processo, identificar fluxos e levantar aspectos iniciais da comunicação.

- c) Fase de aprofundamento – Nesta fase serão realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com médicos e equipe de enfermagem, utilizando um roteiro construído pelas pesquisadoras, ainda em fase de validação. Busca-se nesta fase compreender percepções, desafios, práticas e sugestões relacionadas à passagem de plantão.
- d) Fase de ação – A partir da análise dos dados, por meio de análise de conteúdo, será discutido e proposto possíveis oportunidades de melhorias, a partir da realidade observada, em diálogo com os profissionais, buscando qualificar a transição do cuidado, considerando o que for viável no cenário estudado.
- e) Fase de avaliação e divulgação – Os resultados serão sistematizados e apresentados à equipe gestora e profissionais da unidade e, posteriormente divulgados em formato de publicação no contexto acadêmico.

A pesquisa-ação apresenta-se como uma abordagem metodológica pertinente para o estudo da comunicação na transição do cuidado, uma vez que possibilita a articulação entre produção de conhecimento científico e transformação da prática assistencial. Esse método pressupõe a participação ativa dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, favorecendo a reflexão crítica sobre a realidade e a construção coletiva de estratégias de melhoria (VASCONCELOS, 2012).

Neste artigo apresentaremos a primeira etapa da pesquisa-ação **“fase exploratória”**.

O estudo será realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), considerada um serviço fixo de urgência pré-hospitalar, componente das Redes de Atenção às Urgências (RAU).

O cenário deste estudo é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), caracterizada como um serviço fixo de urgência pré-hospitalar e componente estratégico das Redes de Atenção às Urgências (RAU). Trata-se de um serviço não hospitalar de urgência e emergência que funciona ininterruptamente (24 horas por dia), destinado à assistência de pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica ou traumática.

Localizada no interior do Estado de São Paulo, a unidade constitui-se como referência municipal e regional para atendimentos de urgência. O serviço acolhe usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com idade superior a 12 anos, provenientes de demanda espontânea ou encaminhados por outros componentes do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços móveis de urgência.

Participarão do estudo médicos e profissionais da equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros), que atuam em regime de plantão na unidade selecionada.

Ressalta-se que, até o presente momento, o projeto encontra-se aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), avançando para as etapas de coleta de dados ("Aprofundamento e Ação" - observação da rotina do serviço e entrevistas com os profissionais).

4. RESULTADOS PARCIAIS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para melhor compreensão de como a comunicação na transição do cuidado tem sido abordada na literatura científica e quais evidências apontam fortalezas e fragilidades desse processo em serviços de urgência, particularmente no que se refere à utilização de protocolos estruturados de comunicação, foi realizada revisão da literatura por meio de etapas sistematizadas, articuladas com o objetivo do presente estudo.

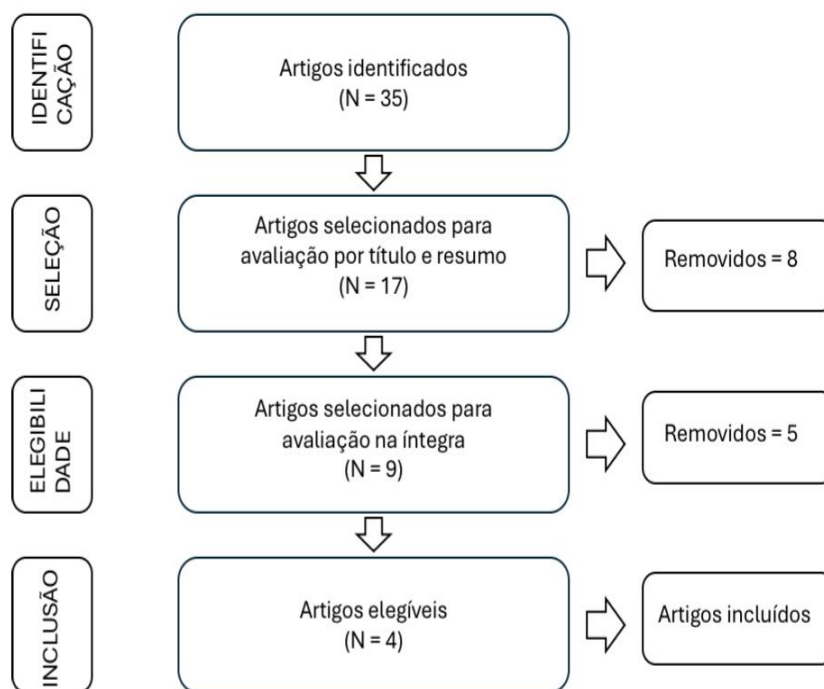
Segundo Galvão e Ricarte (2019) a revisão sistemática é uma modalidade de pesquisa, que segue protocolos específicos e busca dar alguma logicidade a um grande corpus documental.

Parte-se da hipótese de que a adoção de ferramentas padronizadas, como o protocolo SBAR, contribui para a melhoria da continuidade

do cuidado e para o fortalecimento da segurança do paciente, embora sua implementação enfrente desafios organizacionais e culturais.

As buscas foram conduzidas em bases de dados nacionais e internacionais (PubMed e LILACS), com o apoio da plataforma Rayyan para organização, triagem e seleção dos estudos, conforme critérios previamente definidos, a saber: inclusão de artigos originais, na íntegra, dos últimos 10 anos e exclusão de teses e dissertações, sendo a amostra para a análise composta por esses estudos, conforme apresenta-se no fluxograma a seguir:

Figura 2 - Fluxograma síntese das etapas de seleção dos artigos



Fonte: As autoras (2026)

A plataforma *Rayyan* é um aplicativo gratuito desenvolvido pelo QCRI (*Qatar Computing Research Institute*) que auxilia autores de revisão sistemática a realizar um trabalho de forma mais rápida e facilitada (Mourad, 2016).

Apresenta-se a seguir os avanços alcançados até o momento nesse percurso investigativo, com base nas evidências científicas.

Quadro 1 - Definição dos estudos segundo título, autor e ano

Artigo / Título/ autores/ano de publicação	Objetivo / Metodologia / Participantes/cenário
Artigo 1 - Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. Autores: Vanessa Schorr; Luciana Fabiane Sebold; José Luís Guedes dos Santos; Keyla Cristiane do Nascimento; Thaís Alves Matos. Ano de publicação: 2020	Objetivo: Conhecer a perspectiva da equipe multiprofissional sobre a passagem de plantão. Metodologia: Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando técnica de análise de conteúdo. Participantes: 15 integrantes da equipe multiprofissional. Cenário do estudo: serviço de emergência de um hospital universitário
Artigo 2 - Construção de um instrumento de passagem de plantão. Autores: Tânia Roberta Limeira Felipe; Wilza Carla Spiri. Ano de publicação: 2019	Objetivo: Descrever a construção de um instrumento de passagem de plantão utilizando a metodologia SBAR. Metodologia: Estudo metodológico baseado em revisão bibliográfica abrangente sobre a ferramenta SBAR. Participantes: Profissionais de enfermagem. Cenário do estudo: Enfermaria de gastroenterologia
Artigo 3 - Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. Autores: Alyne Henri Motta Coifman; Larissa Chaves Pedreira; Ana Paula Santos de Jesus; Ruth Ester Assayag Batista. Ano de publicação: 2021	Objetivo: Mapear fatores internos e externos que interferem na prática comunicativa interprofissional. Metodologia: Estudo de caso único com observação participante, análise documental e entrevistas semiestruturadas (matriz SWOT). Participantes: 22 profissionais de saúde. Cenário do estudo: Unidade de emergência de um hospital geral.
Artigo 4 - Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validação e aplicação. Autores: Tânia Roberta Limeira Felipe; Wilza Carla Spiri; Carmen Maria Casquel Monti Juliani; Maria Eugênia Guerra Mutro. Ano de publicação: 2022	Objetivo: Validar e aplicar um instrumento de passagem de plantão utilizando a ferramenta SBAR . Metodologia: Estudo metodológico para validação de conteúdo por juízes e aplicação prática com análise estatística descritiva. Participantes: 10 juízes (docentes/assistenciais) e 11 técnicos de enfermagem. Cenário do estudo: Enfermaria de gastroenterologia cirúrgica

Fonte: As autoras (2026)

A partir dos estudos encontrados emergiram 2 categorias, sendo elas *“Fortalezas e ameaças evidenciadas pelos estudos da revisão”* e *“Instrumentos validados e cenário de aplicação”*. Conforme discutiremos a seguir:

4.1 Fortalezas e ameaças evidenciadas pelos estudos da revisão

A análise dos estudos incluídos na presente revisão possibilitou a identificação de fortalezas e ameaças relacionadas ao processo de passagem de plantão em serviços de urgência e emergência.

Os estudos de Schorr e colaboradores (2020), Coifman e colaboradores (2021) e Felipe e Spiri (2019) tiveram como objetivo analisar como ocorre a comunicação durante a transição do cuidado na prática assistencial, sob a perspectiva, de equipes multiprofissionais atuantes em unidades hospitalares de emergência, contribuindo para a compreensão da dinâmica comunicacional nesse contexto.

Entre as principais fortalezas evidenciadas, destaca-se o reconhecimento da passagem de plantão como momento essencial para a continuidade do cuidado, permitindo o compartilhamento de informações clínicas relevantes entre profissionais de saúde e favorecendo a tomada de decisão assistencial (SCHORR et al., 2020; COIFMAN et al., 2021). Observou-se, ainda, que a comunicação interprofissional adequada contribui para a organização do cuidado e para a identificação precoce de riscos assistenciais, com impacto positivo na segurança do paciente (COIFMAN et al., 2021; FELIPE et al., 2022).

Entretanto, os estudos supracitados também apontaram ameaças importantes relacionadas à realização da passagem de plantão de forma não estruturada, frequentemente baseada na comunicação verbal e dependente da memória individual dos profissionais.

O estudo de Schorr e colaboradores (2020), ao analisar a perspectiva da equipe multiprofissional sobre a passagem de plantão em um serviço hospitalar de e, regência, evidenciou a ausência de padronização das informações transmitidas entre os turnos, com predomínio da comunicação oral durante a transição do cuidado.

De modo semelhante, no estudo metodológico desenvolvido por Felipe e Spiri (2019), que propôs a construção de um instrumento para passagem de plantão, foram identificadas fragilidades como omissão de informações clínicas relevantes, transmissão de dados incompletos, interrupções durante o processo comunicacional e ausência de padronização das informações repassadas entre turnos e equipes.

Tais fatores evidenciados podem comprometer a continuidade da assistência e aumentar o risco de eventos adversos, especialmente em ambientes caracterizados por alta rotatividade de profissionais e pacientes, como as unidades de emergência.

4.2 Instrumentos validados e cenário de aplicação

Dentre os estudos incluídos na revisão, dois deles – Felipe e Spiri (2019), intitulado Construção de um instrumento de passagem de plantão, e Felipe e colaboradores (2022), Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem – SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*): validação e aplicação – apresentaram a proposição e/ou validação de instrumentos estruturados para a realização da passagem de plantão, com o objetivo de padronizar as informações transmitidas entre profissionais de saúde e qualificar o processo de transição do cuidado.

O estudo intitulado “Construção de um instrumento de passagem de plantão” (artigo 2), descreveu o desenvolvimento de um formulário estruturado baseado na metodologia SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*), contemplando dados de identificação do paciente, diagnóstico clínico, histórico relevante, sinais vitais, dispositivos invasivos, medicações em uso e recomendações assistenciais. O instrumento foi elaborado para aplicação em ambiente hospitalar, visando sistematizar a comunicação entre profissionais durante a passagem de plantão e reduzir falhas na transmissão de informações.

De forma semelhante, o estudo de Felipe e colaboradores (2022), apresentou a validação e aplicação de instrumento estruturado para comunicação entre profissionais de enfermagem durante a troca de turnos, fundamentado na mesma metodologia.

A ferramenta foi aplicada em contexto assistencial hospitalar, demonstrando potencial para organização das informações clínicas e fortalecimento da continuidade do cuidado entre equipes. Ressalta-se que os estudos encontrados na presente revisão contribuíram para ampliar o olhar acerca da análise do processo de passagem de plantão na prática assistencial e/ou à proposição de instrumentos estruturados voltados à melhoria da comunicação durante a transição do cuidado. Segue exemplo de um instrumento elaborado por Felipe e colaboradores:

Figura 3- Instrumento de passagem de plantão.

INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO – SBAR – UNIDADE DE INTERNAÇÃO – ENFERMARIA DE GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA						
Nome do Paciente: _____						
Leito: _____ RG: _____ DN: _____ Idade: _____ Data: _____ Data de admissão: _____ DI: _____ Sexo M () F ()						
Religião: _____						
RISCOS IDENTIFICADOS	SITUAÇÃO (S)	BREVE HISTÓRIA (B)	AVALIAÇÃO (A)			RECOMENDAÇÃO (R)
HIGIENE/ CONFORTO () BANHO LEITO () BANHO CADEIRA () BANHO ASPERSÃO AUXILIADO () SIM () NÃO IDENTIFICAÇÃO PULSEIRA () SIM () NÃO PLACA LEITO () SIM () NÃO Tromboembolismo Venoso (TEV) () SIM () NÃO Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) () SIM () NÃO QUALIDADE ASSISTENCIAL () SIM () NÃO RISCO QUEDA () SIM () NÃO LESÃO PRESSÃO () SIM () NÃO ACOMPANHANTE () SIM () NÃO VISITA FAMILIAR () SIM () NÃO	PRÉ OP. () PÓS OP. () CLÍNICO () DIAGNÓSTICO MÉDICO ATUAL _____ _____ _____ _____ _____ MÉDICO RESPONSÁVEL _____ _____ _____ _____ ESPECIALIDADE _____ _____ _____ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM/ LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS DE ENFERMAGEM NAS ÚLTIMAS 24 HORAS _____ _____ _____ _____	ALERGIAS _____ _____ _____ COMORBIDADES _____ _____ _____ MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO _____ _____ _____ HISTÓRICO CIRÚRGICO _____ _____ _____ ISOLAMENTO /PRECAUÇÕES _____ _____ _____ BARREIRAS PARA COMUNICAÇÃO () SIM () NÃO QUAIS _____	MUCOSA _____ CONSCIÊNCIA _____ LOCOMOÇÃO _____ _____ OXIGENAÇÃO/ VENTILAÇÃO _____ _____ _____ AVP _____ DATA _____ CVC _____ DRENOS _____ _____ Medicamentos IV () _____ VO () _____ IM () _____	Nutricional SNG: _____ DATA _____ SNE: _____ DATA _____ GTT: _____ DATA _____ VO () NPP () CURATIVOS INCISÃO _____ _____ _____ _____ ESTOMIA _____ _____ MEDICAMENTOS ATB _____ _____ DVA _____ OUTROS _____	T: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ DOR: _____ HGT: _____ REPOSIÇÃO _____ INTERCONSULTAS DE ENFERMAGEM _____ _____ _____ _____ INTERVENÇÕES ENFERMAGEM _____ _____ _____ _____ OUTROS/ INTERCORRÊNCIAS _____ _____ _____ _____ ENFERMEIRO RESPONSÁVEL _____ _____ _____ _____	

Fonte: Felipe et al (2022)

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Os achados parciais da revisão indicam que a comunicação durante a transição do cuidado em serviços de urgência e emergência permanece majoritariamente baseada em práticas não estruturadas, suscetíveis à omissão de informações clínicas relevantes e à variabilidade na transmissão de dados entre profissionais.

Por outro lado, evidenciou-se que a utilização de instrumentos estruturados de comunicação, como aqueles baseados na metodologia SBAR, apresenta potencial para qualificar a passagem de plantão, favorecer a continuidade da assistência e contribuir para a segurança do paciente.

Diante desse cenário, evidências recentes reforçam que a adoção de ferramentas de comunicação estruturada durante a transição do cuidado pode impactar diretamente a segurança do paciente. Revisão sistemática que avaliou a utilização do protocolo SBAR na passagem de informações clínicas demonstrou associação com melhora na qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e redução na ocorrência de eventos adversos, especialmente em ambientes assistenciais caracterizados por alta complexidade e rotatividade de equipes (MÜLLER et al., 2018).

Dessa forma, o presente estudo poderá subsidiar o desenvolvimento de estratégias voltadas à padronização da comunicação clínica em contextos assistenciais de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2017.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. Linguagem e comunicação. São Paulo: Contexto, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Institui a Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

COIFMAN, Alyne Henri Motta; PEDREIRA, Larissa Chaves; JESUS, Ana Paula Santos de; BATISTA, Ruth Ester Assayag. Comunicação interprofissional em

unidade de emergência: estudo de caso. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, e03781, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903781>.

FELIPE, Tânia Roberta Limeira; SPIRI, Wilza Carla. Construção de um instrumento de passagem de plantão utilizando a metodologia SBAR. Enfermagem em Foco, Brasília, v. 10, n. 1, p. 76–82, 2019.

FELIPE, Tânia Roberta Limeira; SPIRI, Wilza Carla; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; MUTRO, Maria Elenice Guimarães. Nursing staff's instrument for change-of-shift reporting – SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 75, n. 6, e20210608, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608>.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas: Transição do cuidado nos ambientes de assistência à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: [20/01/2026].

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. Logeion: Filosofia da informação, 6 (1), 57-73. 2019.

Mourad Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4

MÜLLER, M. et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open, Londres, v. 8, e022202, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

SCHORR, Vanessa et al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, e190119, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190119>.

SIQUEIRA, F. S.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: um desafio para a segurança do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 4, p. 446–450, 2005.

SOUSA, A. A.; MENDES, A. Comunicação estruturada na passagem de plantão: método SBAR. Revista de Enfermagem, 2019.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A pesquisa-ação na formação de profissionais da saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). A pesquisa-ação na formação de profissionais da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2012. p. 175–197.

IMPACTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA SAÚDE INFANTIL AO LONGO DA HISTÓRIA: uma revisão bibliográfica

Júlia Fázio de Oliveira Vettorello
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
juliafazio00@gmail.com

Mariana Souza Ribeiro
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariana.csouzaribeiroom@gmail.com

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

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, que possui como etiologia o *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta. A sífilis congênita, causada pela transmissão vertical desse agente, permanece como um importante problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, estando associada a desfechos adversos na saúde infantil (ROCHA *et al.*, 2021).

Historicamente, a sífilis configurou-se como um dos principais agravos infecciosos à saúde das populações, sobretudo no período anterior à introdução da penicilina, quando esteve associada a elevadas taxas de morbimortalidade e a importantes repercussões sociais. Nesse contexto, a análise de sua trajetória histórica revela não apenas a evolução do conhecimento médico e das estratégias terapêuticas, mas também as transformações nos padrões de transmissão e no enfrentamento da doença. Assim, o resgate histórico contribui para a saúde pública ao possibilitar a compreensão crítica dos determinantes que ainda influenciam a persistência da sífilis, tanto em âmbito global quanto no contexto brasileiro (GRIBELER, 2009).

Nos últimos anos, observou-se aumento dos casos de sífilis congênita no Brasil, associado a múltiplos fatores como diagnóstico tardio, inadequação

terapêutica e baixa adesão ao tratamento do parceiro, além do estigma que permeia o imaginário coletivo em relação às ISTs. Nota-se que a doença pode ocasionar manifestações precoces e tardias, incluindo comprometimento neurológico, auditivo, visual e osteoarticular, além de impactos no desenvolvimento neuropsicomotor e biopsicossocial ao longo de toda a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Destaca-se ainda a influência de fatores como falhas no pré-natal, tratamento inadequado e ausência de abordagem do parceiro na manutenção da cadeia de transmissão. Dessa forma, a sífilis congênita representa um agravo evitável, cuja persistência está relacionada a fragilidades assistenciais, sendo fundamental o fortalecimento das estratégias de rastreio, tratamento e acompanhamento materno-infantil. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de compreender não apenas sua persistência, mas também sua evolução histórica e seus impactos na saúde infantil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Sendo assim, o presente estudo objetiva realizar uma revisão de literatura narrativa acerca da sífilis congênita e suas repercussões na vida infantil, abordando aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos e sociais ao longo do tempo. Para tanto, busca-se responder à seguinte pergunta norteadora: Quais são as repercussões clínicas, funcionais e sociais da sífilis congênita na vida infantil?

Logo, o objetivo deste estudo foi apresentar e discutir os achados da literatura referentes à repercussão da sífilis congênita na vida infantil por meio da análise de estudos originais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter narrativo, a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde, literatura científica nacional e internacional. As informações analisadas neste sistema e na literatura científica sobre sífilis congênita baseiam-se em descrever aspectos históricos, epidemiologia, manifestações clínicas, transmissão vertical, diagnóstico e tratamento, bem como os desafios da atualidade no manejo desta doença.

Para a revisão da literatura foram utilizadas as bases de dados PubMed, Lilacs, SciELO, a partir dos descritores “sífilis”, “sífilis congênita”, “saúde infantil” e suas correspondentes em inglês, “syphilis”, “congenital syphilis” e “child

health”, conectados pelo operador booleano “and”, disponíveis na íntegra nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2015 a 2025 e que respondessem à questão norteadora da pesquisa *“Quais são as repercussões clínicas, funcionais e sociais da sífilis congênita na vida infantil?”*

Foram estabelecidos como critérios de exclusão artigos que não respondiam à pergunta norteadora da pesquisa, estudos focados exclusivamente em sífilis adquirida em adultos, sem relação com transmissão vertical, publicações que não apresentavam texto completo disponível gratuitamente, trabalhos duplicados em diferentes bases de dados, opinião de especialistas, teses e dissertações, relatórios de comitês de especialidades e editoriais.

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram encontrados 57 artigos e, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 28 artigos que preenchiam os critérios de inclusão inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra. Na seleção final, foram excluídos trabalhos focados apenas em aspectos laboratoriais ou diagnósticos, sem relação com impacto biopsicossocial, artigos com dados insuficientes para análise crítica, além de estudos com resultados inconsistentes ou pouco claros, restando 20 artigos que compuseram a amostra final desta pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico

A sífilis é uma doença da qual se tem registros históricos desde o século XV. Sua origem tem sido motivo de controvérsia e elaboração de várias teorias que permeiam a história dessa patologia. A primeira teoria defende que a doença teria origem na América, de onde ela teria sido difundida para a Europa através das navegações pelos marinheiros de Cristóvão Colombo (QUÉTEL, 1992).

Já outra ideia, chamada de teoria do Velho Mundo ou teoria Unitária, se sustenta na já existência das treponematoses no território Europeu, sendo um microrganismo único que se diferenciou ao longo do tempo e aumentou sua virulência, permitindo a consolidação de epidemias a partir da transmissão sexual diante do contexto histórico do Renascimento (PRADO, 1961).

A fim de nomear a nova doença iniciou-se uma necessidade de encontrar um culpado por ela, chamada muitas vezes de doença “do outro” ou “do estrangeiro”. Recebeu o nome de Mal Francês pelos italianos e Mal de Nápoles pelos franceses, hábito que se repetiu pelas nações afetadas gerando muitas outras denominações (CARRARA, 1997).

O termo sífilis, no entanto, só surgiu em 1530, no poema “Syphilis sive morbus gallicus”, escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, que conta o mito de Syphilus, um pastor que ao amaldiçoar o deus Sol foi punido com a enfermidade. No entanto, a doença só começou a ser chamada de sífilis de fato no fim do século XVIII (SCLIAR, 1996; THYRESSON, 1995).

Com a evolução da doença foram instituídas terapêuticas diversas, sendo o primeiro tratamento da sífilis o mercúrio, que perdurou por 450 anos. Já a penicilina, descoberta por Alexander Fleming em 1928, foi introduzida no século XX, sendo capaz de reduzir sua incidência de forma significativa e marcando um grande passo para tratar a doença (GERALDES NETO *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2020).

No século XIX, a sociedade brasileira vivenciou um período de intensas transformações, marcado pela expansão urbana, modernização e início da industrialização. Entretanto, as condições de saúde pública permaneciam precárias. Nesse contexto, a sífilis ressurgiu como uma importante epidemia, agravando o cenário sanitário e contribuindo para um clima de preocupação social (MILANEZ; AMARAL, 2008).

Fatores históricos, como a superpopulação e o processo de urbanização, têm se repetido ao longo do tempo, influenciando o cotidiano das populações. Na contemporaneidade, fenômenos como a globalização e os avanços tecnológicos também impactam diretamente o modo de vida, frequentemente associados a condições como desemprego, pobreza e marginalização social. Nesse cenário, observa-se o surgimento de endemias que apresentam características semelhantes às registradas em períodos anteriores (CARRARA, 1996).

3.2 Epidemiologia

Nota-se que o contexto histórico em que as epidemias de sífilis se estabeleceram é fator determinante de seu comportamento epidemiológico. Quando

ocorreu a primeira epidemia de sífilis, no fim do século XV, a doença era desconhecida e a campanha militar do exército de Carlos VIII teve íntima relação com a sua facilidade de disseminação, que ocorreu em menos de dez anos (GUERRA, 1989).

Do ponto de vista epidemiológico, a descoberta da penicilina durante a Segunda Guerra Mundial inaugurou uma nova perspectiva terapêutica. A elevada eficácia da medicação contra o *T. pallidum* gerou expectativas de erradicação da sífilis na década de 1950. Porém, mesmo que uma queda expressiva dos casos nos anos subsequentes tenha sido observada, ocorreu, a partir da década de 1960, um novo aumento da incidência, acompanhando tendências comuns a outras ISTs. Esse fator relaciona-se às transformações socioculturais, como a intensificação da liberdade sexual e a prática de relações sexuais desprotegidas (BRITO *et al.*, 2019).

No Brasil, a trajetória histórica da sífilis apresenta semelhanças com o cenário internacional, acompanhando transformações sociais e demográficas ao longo do tempo. A conhecida afirmação de Gilberto Freyre, de que “o Brasil foi sifilizado antes de ser colonizado”, evidencia a percepção de uma presença precoce da infecção no território, frequentemente associada ao processo de colonização portuguesa. Com o crescimento populacional e a intensificação da urbanização, a incidência da doença ampliou-se progressivamente, consolidando-se como relevante problema sanitário desde os primeiros séculos de formação do país. A partir do período imperial, a articulação entre políticas públicas de caráter higienista e os avanços no campo da medicina contribuíram para maior controle da doença, estabelecendo bases para as estratégias contemporâneas de vigilância e enfrentamento (SILVA *et al.*, 2020).

A sífilis congênita é considerada um importante indicador da qualidade da assistência pré-natal, uma vez que sua ocorrência está diretamente relacionada a falhas no diagnóstico e tratamento oportunos durante a gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; MILANEZ; AMARAL, 2008). No Brasil, observa-se aumento progressivo dos casos nos últimos anos, evidenciando fragilidades no sistema de saúde e norteador mudanças em políticas públicas (BRASIL, 2025). Em um contexto atual, a propagação dos casos de sífilis não se relaciona apenas a comportamentos culturais e processos de expansão territorial e sim à baixa

percepção de risco, o conhecimento escasso sobre a doença e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

A taxa de detecção da doença mostrou uma tendência de crescimento ao longo de quase toda a história brasileira, com exceção de 2020, quando houve uma redução significativa para 61,0 casos por 100.000 habitantes. Esse fator deve-se provavelmente à diminuição dos diagnósticos e ao acesso à saúde durante a pandemia de covid-19. Essa realidade foi modificada em 2021, com o aumento da taxa para 82,8 casos por 100.000 habitantes, resultando em 120,8 casos por 100.000 habitantes em 2024 (WRIGHT et al., 2022; BRASIL 2025).

Entre 1999 e 2025, foram notificados 369.468 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. sendo sua distribuição demográfica: 161.304 (43,7%) eram na Região Sudeste, 109.583 (29,7%) no Nordeste, 44.530 (12,1%) no Sul, 32.498 (8,8%) no Norte e 21.553 (5,8%) no Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

3.3 Fisiopatologia e transmissão vertical

Embora a infecção sífilítica tenha sido primeiramente descrita há séculos, sua compreensão avançou significativamente apenas em 1905, quando, no Instituto Pasteur, foi identificado e caracterizado seu agente etiológico, inicialmente denominado *Spirochaeta pallida*, posteriormente renomeado para *Treponema pallidum*, e sendo prontamente reconhecido como o agente causador da infecção (BRITO et al., 2019). Trata-se de uma bactéria, em formato de espiroqueta microaerófila, Gram-negativa, que apresenta morfologia helicoidal semelhante a um saca-rolhas; tal conformação, associada à presença de flagelos axiais localizados no espaço periplasmático e dispostos ao redor do protoplasma helicoidal, confere elevada motilidade ao microrganismo, característica que contribui para sua capacidade de invasão tecidual (BRAGA, 2018; KUMAR; ABBAS; ASTER, 2021).

A escassez de antígenos patogênicos na membrana externa da espiroqueta explica sua baixa capacidade de gerar uma resposta imunogênica efetiva, e a facilidade em manter infecções crônicas, com longos períodos de latência, e persistentes à passagem do tempo. Ainda que sua replicação local rápida e disseminação sejam permitidos por esse mecanismo de evasão imunológica, as

células imunológicas do hospedeiro infectado são capazes de reconhecer o microrganismo, mesmo que de maneira menos imediata. A produção de anticorpos e a reatividade antigênica em indivíduos infectados seguem um padrão relativamente consistente, variando principalmente quanto ao grau de efetividade e intensidade da resposta, sendo diretamente proporcional à cronicidade da infecção (BRITO et al., 2019).

Nesse contexto, o perfil de síntese de anticorpos acompanha o quadro clínico apresentado pelo paciente: nas fases iniciais da infecção, posteriormente classificadas como sífilis primária e secundária, observa-se predomínio de imunoglobulinas do tipo IgM, enquanto nas fases mais tardias, após a ocorrência de soroconversão, há predominância de IgG (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2015; BRAGA, 2018). Paralelamente, a imunidade celular também é ativada, envolvendo a atuação de linfócitos T CD4+ e CD8+ no baço e nos linfonodos poucos dias após o contato com o patógeno. Na fase inicial, linfócitos T auxiliares promovem a ativação de vias inflamatórias associadas ao metabolismo do ácido araquidônico, resultando em aumento da produção de citocinas inflamatórias, o que favorece a quimiotaxia de células da imunidade inata e de linfócitos T citotóxicos. Estes últimos, mais atuantes nas fases prolongadas da infecção, contribuem para a lesão tecidual direta por meio da liberação de perforinas e granzimas (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2015).

O resultado deste processo de ativação imunológica, e, consequentemente, endotelial é a endarterite proliferativa, inicialmente em pequenos vasos, com infiltração de plasmócitos e produção ativa de imunoglobulinas. Característica presente em todos os estágios da evolução clínica da sífilis, pode evoluir com a obliteração subsequente e isquemia tecidual, justificando várias manifestações clínicas da doença (JAMESON et al., 2020) (KUMAR, ABBAS e ASTER, 2021).

3.4 Manifestações clínicas na infância

A sífilis, por sua alta capacidade de cronicidade, pode progredir para diferentes estágios mesmo após a instituição da terapêutica adequada, podendo ser classificada em sua forma clínica (primária, secundária, latente e terciária) e em

inespecíficos e específicos, sendo estes classificados em precoces ou tardios. (DE ALMEIDA et al., 2021).

Dentre os inespecíficos, apresentam-se sintomas como o aborto espontâneo, a prematuridade, hepatoesplenomegalia, rash cutâneo, icterícia, linfadenopatia (DE ALMEIDA et al., 2021), enquanto os específicos podem ser classificados em sua apresentação precoce, ou seja, manifestações clínicas antes dos dois anos de idade desde o nascimento, e tardia, com manifestações após os dois anos de idade após o nascimento (SANKARAN et al., 2023).

A maioria das crianças irão apresentar-se de forma assintomática, enquanto cerca de 20% dos pacientes irão apresentar manifestações clínicas, sendo que a maior parte das lesões surgem até os três meses de idade (SANKARAN et al., 2023).

Dentre os sintomas específicos precoces, é possível observar a rinite sífilítica, caracterizada pela secreção sanguinolenta, mucóide e rica em treponema, portanto altamente infectante; além de alterações cutâneas características, sendo a principal o pênfigo sífilítico, que se apresenta na forma de lesões vesico-bolhosas, principalmente na palma das mãos e pés, com coloração avermelhada e que, com o passar do tempo, se torna amarronzada, sendo o exantema mais precoce, surgindo poucos dias após o nascimento ou mesmo já evidente no parto, juntamente a esfoliação de unhas e queda capilar (SANKARAN et al., 2023).

Ademais, a periostite apresenta-se como manifestação recorrente, denominação usada para a inflamação do periósteo (camada conjuntiva que circunda os ossos), ocorrendo principalmente em ossos longos, gerando um quadro álgico, em que a criança se apresenta muito sensível a qualquer manipulação, apresentando choro patológico e paralisia, conhecida como Pseudoparalisia de Parrot, a qual se manifesta como a incapacidade de movimentação ativa ou passiva dos membros pela dor (DE ALMEIDA et al., 2021).

Concomitantemente, alterações hematológicas também tem grande incidência, podendo estar presentes a anemia hemolítica, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia, juntamente á alterações neurológicas como a neurosífilis, a qual pode se desenvolver em qualquer estágio da sífilis (primário, secundário, latente e terciário), além de contribuir para quadros de meningite, convulsões, hidrocefalia e lesões vasculares cerebrais (DE ALMEIDA et al., 2021).

Crianças que não apresentam tratamento, podem evoluir para a sífilis tardia, na qual apresentam-se manifestações como: Alterações faciais, nas quais podem estar presentes maxilar curto, nariz em sela, bossa frontal com fronte olímpica, palato em ogiva (DE ALMEIDA et al., 2021), perda auditiva neurossensorial, irreversível, mesmo frente a um tratamento adequado, podendo levar a atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivos; além de alterações oftalmológicas como a perda de visão advinda da lesão do oitavo par craniano, ceratite ou atrofia óptica (SANKARAN et al., 2023).

Alterações de dentição podem estar presentes, tendo como principal manifestação a Dentição de Hutchinson e molares em amora, caracterizados por alteração no formato e tamanho dos dentes, principalmente dos incisivos centrais, em forma de chave de fenda, bandeirinha ou chanfrados, geralmente acompanhados dos molares que se assemelham a uma amora devido às múltiplas cúspides, os quais geram grande suscetibilidade à cárie, podendo resultar em perda precoce de dentes, com necessidade de avaliação e acompanhamento odontológico (ROCHA et al., 2021) (DE ALMEIDA et al., 2021).

Por fim, alterações esqueléticas como a osteoperiostite fazem-se presentes, levando a alterações como a “tíbia em sabre”, quadro gerado em resposta ao *Treponema Pallidum*, em que há neoformação de tecido ósseo e deposição maciça de osso, o que gera alargamento e achatamento das regiões corticais laterais. A inflamação do osso, com infiltrado inflamatório e extensas áreas de fibrose, por sua vez, é característica na diáfise dos ossos longos e o depósito subperiosteal de material osteóide leva à periostite. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

A metafisite é o achado mais frequente e precoce, aparecendo em 50 a 90% dos casos, caracterizada por alternância de zonas de maior ou menor densidade na metáfise (zonas de calcificação provisória cercadas por osteoporose) evoluindo para a completa desorganização da região, sendo geralmente bilateral e simétrica e incidindo com maior frequência no rádio, ulna, tíbia, fêmur, úmero e fíbula. A periostite e a osteíte estão presentes em 70% e 20-40% dos casos, respectivamente, podendo aparecer em ossos longos, no crânio, nas vértebras e nas costelas. Já o sinal de Winberger, é caracterizado por erosão bilateral do côndilo

medial da tíbia, ocorrendo em cerca de 20 a 30% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Pode-se ainda estar presente o quadro denominado Articulações de Clutton, caracterizado pela sinovite bilateral e indolor dos joelhos; além de alterações cognitivas e atrasos no desenvolvimento (ROCHA et al., 2021) (DE ALMEIDA et al., 2021).

3.5 Diagnóstico e Manejo

Na atualidade, os exames preconizados, tanto pelo Centers for Disease Control, quanto pelo Ministério da Saúde, são o Teste sorológico não treponêmico (VDRL/RPR) no sangue periférico de todos os neonatos filhos de mães soropositivas para sífilis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Os testes sorológicos são divididos em testes treponêmicos e não treponêmicos, sendo os testes treponêmicos testes qualitativos, realizados no soro para detecção de anticorpos contra os diferentes antígenos *T. pallidum*, tornando-se detectáveis cerca de 2 a 4 semanas após a exposição e permanecendo positivos por tempo indefinido, não sendo empregados para monitoramento da resposta ao tratamento ou para diagnóstico de reinfecção (SATYAPUTRA et al., 2021). Como exemplos de testes treponêmicos pode-se citar o *Treponema pallidum* Hemagglutination (TPHA), o Fluorescente Treponemal Antibody Absorption (FTAA Abs) e o Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) (DE ARRUDA & RAMOS, 2020).

É indicada a realização da sorologia neonatal em sangue periférico, e não em sangue de cordão umbilical; além do hemograma completo (alterado diante de hematócrito inferior a 35%, número de plaquetas abaixo de 150.000/mm³ e/ou leucopenia ou leucocitose de acordo com as curvas de normalidade para as horas de vida), e ao raio-X de ossos longos (devido grande incidência de osteocondrite, a periostite e a metafisite, que acometem ossos longos, costelas e alguns ossos cranianos) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Sugere-se, ainda que, em cerca de 4 a 20% dos recém-nascidos infectados, a única alteração encontrada seja a radiográfica, o que justifica a

realização dos exames complementares nos casos suspeitos de sífilis congênita, tais como: Exame de Líquor (alterado até 28 dias de vida se número de células for superior a $>25/\text{mm}^3$ e/ou proteínas $> 150 \text{ mg/dL}$), sendo a sorologia do LCR, por meio do VDRL, mandatória, especialmente nos casos de mães com sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas. Além disso, é obrigatória a busca e documentação da sorologia materna para HIV e hepatite B durante a gestação, além da pesquisa na anamnese materna de outras doenças sexualmente transmissíveis, diante de qualquer recém-nascido com suspeita de sífilis congênita em razão da coinfeção ser frequente (ROCHA et al., 2021).

Já os testes não treponêmicos detectam os anticorpos contra biomarcadores que são libertados das células hospedeiras após danos celulares induzidos por *T. pallidum* (SANKARAN et al., 2023), podendo fornecer resultados qualitativos, identificando em teste reagente ou não reagente, ou resultados quantitativos, através da titulação presente no soro, sendo que a possibilidade de titulação da diluição do soro permite o monitoramento da resposta e eficácia do tratamento. Como exemplos de testes não treponêmicos podemos citar o Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) e Rapid Plasma Reagin (RPR), sendo a principal desvantagem do VDRL a possibilidade de resultados falsos positivos e falsos negativos (DE ARRUDA & RAMOS, 2020).

Para o rastreamento durante a gestação, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização do VDRL no 1º e 3º trimestres de gestação, além de sua realização durante a internação hospitalar por parto ou aborto, visando alcançar um diagnóstico eficaz da doença e prevenção da transmissão vertical da doença (DE ARRUDA & RAMOS, 2020).

Já após o nascimento, todos os bebês nascidos de mães que apresentaram VDRL reagentes durante a gravidez ou no parto devem ser submetidos ao rastreamento de sífilis congênita por meio do teste RPR antes da alta hospitalar. Caso o RN seja diagnosticado com sífilis congênita devido ao título RPR > 4 vezes o título materno, é necessário a realização da sorologia no líquido, hemograma e radiografia de ossos longos. (SANKARAN et al., 2023). Nas alterações laboratoriais presentes no hemograma, como já discutido anteriormente, podem ser encontradas a anemia, trombocitopenia, leucocitose ou a leucopenia (DE ARRUDA & RAMOS, 2020).

Outro aspecto importante é a identificação das manifestações clínicas precoces da SC por meio da realização de exame físico minucioso do RN, auxiliando no diagnóstico e manejo em tempo oportuno para tratamento, o que contribui para redução das sequelas da infecção, especialmente devido ao fato de que crianças sintomáticas ao nascer têm maior chance de morrer quando comparadas às assintomáticas (ROCHA et al., 2021).

A sorologia no líquido deve ser realizada para rastreamento e detecção de neurosífilis em todo recém-nascido de mãe diagnosticada com sífilis, exame físico sugestivo ou título RPR > 4 vezes que o título materno, sendo o resultado sugestivo quando apresenta-se o aumento das células acima de 25 ou das proteínas no líquido acima de 150 (DE ARRUDA & RAMOS, 2020) (SANKARAN et al., 2023).

Como principais diagnósticos diferenciais, a toxoplasmose, a rubéola, citomegalovírus, herpes vírus simplex e vírus Zika são os mais prevalentes, assim como sepse neonatal, hepatite neonatal e hidropisia fetal (DOMINGUES et al., 2021).

Assim, a conduta preconizada pelo Centers for Disease Control (2006) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (2006) para a sífilis congênita confirmada ou provável apresenta-se como: Nos recém-nascidos de mães com sífilis inadequadamente tratada, realizar VDRL de sangue periférico, raio-X de ossos longos, hemograma e punção lombar. Já se o recém-nascido apresentar VDRL positivo (qualquer titulação) e/ou existirem alterações clínicas (prestar atenção na hepatomegalia), radiológicas e/ou hematológicas (em especial, anemia e trombocitopenia), mas não houver acometimento neurológico, tratar com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, por via intramuscular por 10 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Caso haja alteração líquórica ou se não foi possível colher o LCR, é necessária a administração de penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana, não sendo a penicilina procaína uma opção diante da possibilidade de neurosífilis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Se o recém-nascido for VDRL negativo, sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas, é administrada penicilina benzatina, na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

O acompanhamento é obrigatório, por meio do VDRL sérico seriado, porém se impossibilitado, é necessário o tratamento com penicilina cristalina ou procaína nas doses recomendadas acima, por 10 dias. Já nos recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada, realizar VDRL de sangue periférico e, se o recém-nascido apresentar VDRL positivo com título superior ao materno, procurar alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas. Se não houver alterações no LCR, tratar com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana, ou com penicilina procaína 50.000 unidades/kg/doses a cada 24 horas por via intramuscular por 10 dias. Se o líquido estiver alterado, usar apenas a penicilina cristalina nas doses acima, por via endovenosa por 10 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

No caso de recém-nascidos assintomáticos (exame clínico, hemograma, raio-X de ossos longos e LCR normais) e que apresentem VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou VDRL negativo, pode-se proceder apenas ao seguimento ambulatorial, porém diante da impossibilidade de garantir o seguimento ambulatorial, aplicar a penicilina benzatina na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Em caso da interrupção do esquema terapêutico por período superior a 24 horas, há necessidade de reiniciar o esquema. Todavia, uma vez que a resposta terapêutica dessa população de recém-nascidos não é bem conhecida, recomenda-se o seguimento sorológico de rotina frequente após a alta hospitalar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Não há necessidade de isolar os recém-nascidos portadores de sífilis congênita, mas as precauções universais são particularmente importantes à manipulação destes pacientes. Passadas as primeiras 24 horas após o início da antibioticoterapia, o risco de transmissão da doença é mínimo e com a utilização do esquema terapêutico apropriado, espera-se a negatificação do VDRL após 12 a 15 meses do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Por fim, nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar até que a sorologia materna seja conhecida e a investigação de sífilis congênita será desencadeada em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério e em todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Sendo assim, todo recém-nascido cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, de acordo com o seu diagnóstico e tratamento prévio. Contudo, recém-nascidos que não atingiram os critérios diagnósticos e, portanto, não foram tratados no período neonatal devem realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida, acompanhado de reação sorológica quantitativa não treponêmica com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida, snedo com 18 meses recomendável realizar também um teste treponêmico. Se os títulos do VDRL/ RPR estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos no sexto mês ou com 12 a 18 meses, acompanhados por um teste treponêmico negativo após os 18 meses de vida e considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis ou foi tratado de maneira apropriada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se proceder à reavaliação diagnóstica e ao tratamento adequado, sendo possível a interrupção da coleta do VDRL seriado após a obtenção de dois exames consecutivos negativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Já os recém-nascidos tratados para sífilis congênita no período neonatal devem realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de vida, acompanhado por reações sorológicas quantitativas não treponêmicas com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses. No entanto, quando o neonato tiver sido tratado para neurosífilis, repetir o exame líquórico a cada 6 meses até a normalização bioquímica, citológica e sorológica.

Se os títulos do VDRL/RPR estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, pode ser considerado tratamento efetivo. Espera-se, também, que o VDRL do líquido se apresente negativo por volta do sexto mês de vida e que o líquido esteja absolutamente normal ao fim do segundo ano. Caso isto não ocorra, é necessária reavaliação do paciente clínica e laboratorialmente, e iniciar o retratamento. De qualquer maneira, em toda criança

com diagnóstico de lues congênita, é obrigatória a avaliação neurológica, auditiva e oftalmológica a cada 6 meses, durante os primeiros dois anos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

3.6 Desafios Atuais

Os desafios atuais no enfrentamento da infecção sifilítica são reflexos de condições que tangenciam a saúde coletiva. Associada ao baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, capacidade de acesso aos serviços de saúde e mesmo a ausência de aconselhamento e falta de tratamento de parcerias sexuais de gestantes, levando a reinfecções e reexposições de seus fetos, são fatores que influenciam nos casos da síndrome congênita no contexto tanto mundial, quanto nacional, e são traduzidos em números concretos.

Entre 2016 e 2017, no contexto dos países integrantes do programa Countdown 2030 — responsáveis por mais de 90% das mortes em crianças menores de cinco anos e por 95% das mortes maternas no mundo —, observou-se que as taxas de sífilis congênita foram reportadas por apenas 13 países, correspondendo a 16% do total. Dentre esses, somente nove atingiram a meta estabelecida para a triagem da infecção durante a gestação, enquanto 21 países alcançaram a meta de cobertura de tratamento da sífilis em gestantes (TRIVEDI et al., 2020).

Até o período pré-pandêmico, em 2019, alguns anos após a redução da mortalidade neonatal ter sido incorporada às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, verificou-se uma diminuição global nos casos de sífilis congênita. As estimativas indicam uma redução de 749.000 casos (539 por 100.000 nascidos vivos) em 2012 para 661.000 casos (473 por 100.000 nascidos vivos) em 2016, incluindo tanto os casos de natimortalidade quanto aqueles em que não houve manifestação clínica ao nascimento (KORENROMP et al., 2019).

No que se refere à sífilis congênita, indicador diretamente associado à inadequação do tratamento de gestantes, observa-se um padrão igualmente

preocupante no contexto nacional, especialmente no período relacionado à pandemia de COVID-19. Ao longo da última década, verificou-se um aumento progressivo na taxa de incidência até 2018, seguido de uma tendência inicial de redução a partir de 2019. Em 2010, a taxa correspondia a 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos, alcançando 9,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2018, com posterior diminuição para 8,5 em 2019 e 7,7 casos por 1.000 nascidos vivos em 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Este padrão se sustentou nos anos seguintes, ainda que a redução nas taxas reveladas pelos boletins não significasse 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).

Desde 2016, o percentual de casos de SC cujas mães realizaram pré-natal tem se mantido acima de 80,0%, sendo de 82,5% em 2022, sendo 59,9% os casos em que o diagnóstico de sífilis materna foi realizado durante o pré-natal. Ainda que seja uma porcentagem relevante, não foi suficiente para haver quebra da cadeia de transmissão vertical da doença. O esquema terapêutico prescrito às mães das crianças com SC foi inadequado ou não realizado em 81,1% das mães em 2021, enquanto em 2022, 81,0% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Sendo um avaliador direto da qualidade de serviço pré-natal ofertado às gestantes, informações sobre a quantidade de consultas pré-natais ofertadas, a adequabilidade do tratamento instituído e mesmo a perda do tempo oportuno do tratamento para a prevenção da infecção congênita são desafios atuais relevantes, especialmente a dissonância com a realidade da saúde ofertada com os objetivos mundial de redução de morbimortalidade materno-infantil instituídos como meta da Organização Mundial de Saúde.

4. DISCUSSÃO

Os achados desta revisão evidenciam que a sífilis congênita, apesar de sua característica milenar, ainda se apresenta como um importante desafio de saúde pública, mesmo com métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e eficazes. Sua ocorrência reflete não apenas aspectos biológicos da infecção, mas evidencia que a grande maioria dos achados nos bebês estão relacionados a oportunidades perdidas de assistência à mãe (ROCHA *et al.*, 2021).

Outro ponto relevante refere-se à importância da identificação precoce das manifestações clínicas da sífilis congênita por meio de um exame físico minucioso do recém-nascido, o que possibilita diagnóstico e intervenção em tempo oportuno. Essa abordagem contribui para a redução de complicações e sequelas associadas à infecção, uma vez que recém-nascidos sintomáticos ao nascimento apresentam maior risco de mortalidade quando comparados aos assintomáticos (CARDOSO *et al.*, 2016).

No que se refere às repercussões clínicas, a sífilis congênita apresenta amplo espectro de acometimentos, podendo envolver manifestações neurológicas, auditivas, oculares e osteoarticulares, com apresentações precoces e tardias. Essas alterações podem variar de quadros assintomáticos a formas graves, com potencial de gerar sequelas permanentes e aumento da morbidade infantil (ROCHA *et al.*, 2021; NEWMAN *et al.*, 2013).

Em relação às repercussões funcionais, destaca-se o impacto no desenvolvimento neuropsicomotor, com possíveis déficits cognitivos, motores e sensoriais, que interferem diretamente na autonomia e no desenvolvimento global da criança. Tais alterações frequentemente demandam acompanhamento multiprofissional prolongado, com implicações para o cuidado longitudinal e para a rede de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Sob a perspectiva social, a sífilis congênita está associada a repercussões que extrapolam o indivíduo, atingindo o núcleo familiar e o sistema de saúde. Observa-se aumento da demanda por serviços especializados, sobrecarga assistencial e impactos psicossociais relacionados ao estigma das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (CARDOSO *et al.*, 2016).

Esses fatores reforçam a relação entre determinantes sociais e desfechos em saúde. Dessa forma, a integração entre os achados clínicos, funcionais e sociais evidencia que a sífilis congênita é uma condição evitável, cuja persistência está relacionada a lacunas estruturais no sistema de saúde e a determinantes sociais complexos. Assim, o enfrentamento efetivo da doença requer estratégias articuladas que envolvam fortalecimento da atenção pré-natal, ampliação do diagnóstico precoce, garantia de tratamento adequado e políticas públicas voltadas à redução das desigualdades em saúde (NEWMAN *et al.*, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita permanece como um importante problema de saúde pública, mesmo se tratando de uma condição evitável por meio de medidas simples e eficazes, especialmente durante o pré-natal. As evidências analisadas demonstram que suas repercussões na vida infantil são amplas e importantes, podendo comprometer grandemente o desenvolvimento físico, neurológico e social das crianças afetadas, muitas vezes de maneira irreversível.

A natimortalidade, morte neonatal e morbidade por sífilis congênita se inserem como causas evitáveis e sensíveis às condições de atenção à saúde da mulher e da criança. O aprofundamento dos aspectos envolvidos na transmissão da sífilis da mãe para o recém-nascido permite tanto a identificação dos fatores determinantes e de risco para sequelas e mortes de crianças quanto o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle.

Observa-se que a persistência da doença está diretamente relacionada a fragilidades na assistência pré-natal e no sistema de saúde nacional como um todo, especialmente no que se refere ao rastreamento inadequado, ao tratamento materno ineficiente e à ausência de abordagem do parceiro, fatores os quais contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão. Dessa forma, reforça-se a necessidade do fortalecimento das estratégias de atenção à saúde materno-infantil, com ênfase na ampliação do acesso ao pré-natal de qualidade, na garantia do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, bem como na inclusão do parceiro no cuidado.

No Brasil, medidas que visem a melhora da educação em saúde perante a população, especialmente em relação a doenças sexualmente transmissíveis, uma assistência ao pré-natal de qualidade, a realização sistemática da triagem sorológica para sífilis no primeiro e terceiro trimestres da gestação, assim como no momento do parto, a interpretação apropriada dos resultados da sorologia durante a gestação, a busca e tratamento dos parceiros sexuais de maneira efetiva, além de um melhor conhecimento médico a respeito dos critérios epidemiológicos para o diagnóstico e tratamento da doença são essenciais para diminuir a incidência da sífilis congênita e seus desdobramentos.

Conclui-se que a diminuição dos índices da sífilis congênita depende de ações integradas entre vigilância epidemiológica, coordenação do cuidado e assistência à saúde, sendo fundamental o aprimoramento das políticas públicas e da organização dos serviços que garantam e prezem verdadeiramente pela prevenção efetiva e a melhora dos desfechos materno-infantis.

Sendo assim, somente por meio de um esforço unificado, bem financiado e organizado, que incorpore de fato os pilares supracitados necessários para a diminuição da incidência da sífilis congênita nas políticas públicas nacionais, será possível a verdadeira melhoria dos recursos de saúde e consequentemente da qualidade de vida e da promoção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, L.R. et al. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, 2020.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A. SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecções sexualmente transmissíveis no Brasil: epidemiologia e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 2019.

CAO, W. et al. Advantages and limitations of current diagnostic laboratory approaches in syphilis and congenital syphilis, 24 nov. 2023.

DE ALMEIDA, B. C. P; LIMA, L.P; DIAS, J.P.G; JÚNIOR, H.S.F. Sífilis gestacional: epidemiologia, patogênese e manejo. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 8, 2023.

DOMINGUES, C.S.B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Brasília, 2021.

GERALDES NETO, B. et al. A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença, 2009.

GRIEBELER, A. P. D. A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. Porto Alegre, 2009.

GUERRA, F. Historia de la medicina. Madri, 1989.

KUMAR, V. et al. Robbins & Cotran – Patologia: bases patológicas das doenças. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

ORGANIZATION, W. H. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. World Health Organization. Geneva, 2024.

PEDIATRIA, S. B. D. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo, 2010.

ROCHA, A. F. B. et al. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. Brasília, 14 jul. 2021.

SANKARAN, D. Congenital syphilis - an illustrative review, jul. 2023.

SATYAPUTRA, F. et al. The Laboratory Diagnosis of Syphilis, set. 2021.

SAÚDE, M. D. Boletim epidemiológico de sífilis: número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

SAÚDE, M. D. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. [S.l.], 2022.

SAÚDE, O. M. D. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva, 2022.

SILVA, R. A. et al. Breve histórico da sífilis e evolução do diagnóstico laboratorial no período de 2005 a 2016. Revista do Instituto Adolfo Lutz, 2020.

IMPACTO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Natália Martins Ferreira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
nataliamartinsferreira02@gmail.com

Thamara Karoline Xavier Silveira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
thamaraxavier.enf@gmail.com

Ruan Rodrigues Reis
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
ruanreis2017@gmail.com

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Doutora em Ciências da Saúde- EERP
Docente do Departamento de Enfermagem e
Medicina– Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui um dos principais pilares da qualidade da assistência em saúde, sendo reconhecida como prioridade global devido à alta incidência de eventos adversos evitáveis nos serviços de saúde. Entre esses eventos, os erros de medicação destacam-se como um dos mais frequentes e potencialmente graves, podendo ocasionar danos clínicos significativos, prolongamento da internação e aumento dos custos assistenciais (World Health Organization, 2021; BRASIL, 2022).

Os erros de medicação podem ocorrer em diferentes etapas do processo medicamentoso, incluindo prescrição, dispensação, preparo e administração, sendo este último fortemente relacionado à prática da enfermagem. Nesse contexto, fatores como sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação interprofissional, sistemas manuais e ausência de padronização contribuem significativamente para a ocorrência desses eventos (SILVA et al., 2021; SOUSA; MENDES, 2020).

Diante desse cenário, a incorporação de tecnologias digitais na área da saúde tem sido apontada como uma estratégia eficaz para a melhoria da segurança do paciente. Ferramentas como prescrição eletrônica, prontuário eletrônico do paciente, sistemas de código de barras, bombas de infusão inteligentes e sistemas de apoio à decisão clínica têm demonstrado potencial para reduzir falhas humanas, aumentar a rastreabilidade das informações e qualificar os processos assistenciais (WHO, 2021; ALMEIDA et al., 2023).

No âmbito da enfermagem, o uso dessas tecnologias contribui diretamente para o fortalecimento das práticas seguras na administração de medicamentos, auxiliando na conferência sistematizada dos chamados “certos” da medicação, além de favorecer a tomada de decisão clínica baseada em evidências. Ademais, tais recursos tecnológicos promovem maior integração entre as equipes e padronização dos cuidados, impactando positivamente na qualidade da assistência (SANTOS et al., 2022).

No Brasil, políticas públicas como o Programa Nacional de Segurança do Paciente reforçam a importância da adoção de estratégias que minimizem riscos e promovam práticas seguras, incluindo o uso de tecnologias digitais nos serviços de saúde (BRASIL, 2022). Entretanto, apesar dos avanços, ainda há lacunas na sistematização do conhecimento científico acerca do impacto dessas tecnologias na prevenção de erros de medicação, especialmente no contexto da prática de enfermagem. Dessa forma, torna-se relevante a realização de revisões de escopo que permitam mapear e sintetizar as evidências disponíveis, contribuindo para o fortalecimento da segurança do paciente e para a qualificação da assistência em saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as evidências científicas sobre o impacto das tecnologias digitais na prevenção de erros de medicação na prática de enfermagem no Brasil.

Objetivos Específicos

- Identificar as tecnologias digitais utilizadas no processo medicamentoso
- Descrever seus benefícios para a segurança do paciente
- Mapear evidências de redução de erros de medicação

3. MÉTODO

Tipo de Estudo

Revisão de escopo a ser desenvolvida conforme as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) e reportada segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

Tamanho da amostra

A estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) foi utilizada para a estruturação da presente revisão de escopo. A população de interesse é composta por profissionais de enfermagem, considerando sua atuação central no processo medicamentoso e na promoção da segurança do paciente. O conceito abrange o uso de tecnologias digitais aplicadas ao processo medicamentoso, incluindo ferramentas como prescrição eletrônica, prontuário eletrônico do paciente, sistemas de código de barras e soluções baseadas em inteligência artificial. O contexto refere-se à prevenção de erros de medicação nos serviços de saúde no Brasil, com foco nas práticas assistenciais desenvolvidas no cenário nacional.

A partir dessa delimitação, definiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais evidências científicas demonstram o impacto das tecnologias digitais na prevenção de erros de medicação na prática de enfermagem no contexto brasileiro?

No que se refere ao método, trata-se de uma revisão de escopo a ser desenvolvida conforme as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI), sendo reportada de acordo com as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A amostra será constituída por conveniência, contemplando todos os estudos

identificados nas bases de dados selecionadas que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Quanto aos critérios de inclusão, serão incluídos estudos desenvolvidos em serviços de saúde no Brasil, visando compreender a realidade nacional acerca da utilização dessas tecnologias na prática assistencial. Serão considerados apenas artigos científicos completos, publicados nos idiomas português e inglês.

Quanto aos critérios de exclusão, serão excluídos estudos duplicados, bem como aqueles que não abordam diretamente o uso de tecnologias digitais na segurança medicamentosa ou que não estejam relacionados à prática de enfermagem. Também serão excluídas produções acadêmicas como dissertações, teses, monografias, além de editoriais, cartas ao editor e resumos de eventos, por não se enquadrarem no escopo de análise definido para esta revisão.

Estratégia de Busca

A busca de dados será realizada nas seguintes bases de dados:

- SciELO
- LILACS
- PubMed

Serão utilizados descritores e palavras-chave combinados com operadores booleanos (AND/OR/IN), como:

- “enfermagem AND tecnologia AND segurança do paciente”
- “erros de medicação AND enfermagem”
- “erros de medicação AND tecnologia”
- “inteligência artificial AND saúde”

Os estudos serão selecionados em duas etapas:

1. Leitura de títulos e resumos
2. Leitura na íntegra dos artigos selecionados

A seleção será realizada por dois revisores independentes, com um terceiro revisor para resolução de conflitos. O processo será apresentado por meio do fluxograma PRISMA-ScR.

4. EXTRAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

A extração dos dados será realizada por meio de instrumento elaborado pelos autores, contendo:

Dados bibliográficos:

- Autor(es)
- Ano de publicação
- Periódico
- Local do estudo

Dados do estudo:

- Objetivo
- Tipo de tecnologia utilizada
- Resultados principais

Variáveis de interesse:

- Tipo de tecnologia digital
- Etapa do processo medicamentoso
- Impacto na redução de erros
- Contribuições para a enfermagem

Inicialmente, os estudos selecionados serão importados para o software Rayyan, que auxiliará no gerenciamento das referências, identificação de duplicidades e no processo de triagem dos artigos por meio da leitura de títulos e resumos, realizada por revisores independentes (OUZZANI et al., 2016).

Após a seleção final dos estudos, proceder-se à extração dos dados, contemplando informações bibliográficas, como autor(es), ano de publicação,

periódico e local do estudo. Em relação às características dos estudos, serão coletados dados referentes ao objetivo, ao tipo de tecnologia utilizada e aos principais resultados encontrados.

Adicionalmente, serão consideradas variáveis de interesse específicas para a análise, incluindo o tipo de tecnologia digital empregada, a etapa do processo medicamentoso em que a tecnologia é aplicada, o impacto na redução de erros de medicação e as contribuições para a prática da enfermagem. Esses dados serão organizados de forma sistemática, possibilitando a categorização temática e a síntese das evidências identificadas.

5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada de forma descritiva e interpretativa, com o objetivo de mapear e sintetizar as evidências disponíveis acerca do uso de tecnologias digitais na prevenção de erros de medicação na prática de enfermagem. Inicialmente, os dados extraídos dos estudos incluídos serão organizados em planilhas, permitindo a sistematização das informações e a comparação entre os achados.

Posteriormente, será realizada uma categorização temática, na qual os estudos serão agrupados de acordo com similaridades relacionadas ao tipo de tecnologia digital utilizada, à etapa do processo medicamentoso e aos impactos identificados na redução de erros. Essa etapa possibilitará a identificação de padrões, lacunas no conhecimento e tendências na produção científica.

A síntese dos resultados será conduzida por meio de análise narrativa, buscando descrever de forma clara e estruturada as principais evidências encontradas. Os achados serão apresentados em quadros e tabelas, com o intuito de facilitar a visualização e compreensão das informações, além de apoiar a discussão dos resultados à luz da literatura científica.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que esta revisão permita identificar as principais tecnologias digitais utilizadas na prática de enfermagem e seu impacto na prevenção de erros de medicação, contribuindo para o fortalecimento da segurança do paciente e para a

qualificação da assistência em saúde. Espera-se, ainda, que a presente revisão de escopo possibilite a identificação das principais lacunas existentes na produção científica nacional acerca do uso de tecnologias digitais no processo medicamentoso. A análise das evidências deverá evidenciar limitações relacionadas à implementação, ao acesso e à utilização dessas tecnologias nos diferentes níveis de atenção à saúde, contribuindo para a proposição de futuras investigações e para o direcionamento de políticas públicas voltadas à segurança do paciente.

Adicionalmente, prevê-se que os achados desta revisão favoreçam a compreensão do papel das tecnologias digitais como ferramentas de apoio à tomada de decisão clínica na enfermagem, promovendo maior padronização dos processos, redução de falhas humanas e fortalecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde. Dessa forma, os resultados poderão subsidiar a adoção de práticas baseadas em evidências, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Por fim, espera-se que a síntese das evidências produzidas possa servir como base para o desenvolvimento de estratégias educacionais e capacitações voltadas aos profissionais de enfermagem, incentivando o uso adequado e crítico das tecnologias digitais no cuidado em saúde. Nesse sentido, a revisão poderá contribuir tanto para a formação acadêmica quanto para a prática profissional, promovendo avanços na segurança medicamentosa e na assistência centrada no paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. T. et al. Tecnologias digitais e segurança do paciente na administração de medicamentos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 76, n. 2, p. e20220123, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030: tradução comentada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Segurança do Paciente: avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Cultura de segurança do paciente e uso de tecnologias na prevenção de eventos adversos. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 31, e20220156, 2022.

FERREIRA, L. L. et al. Impacto da prescrição eletrônica na segurança do paciente em ambientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, 2022.

GOMES, A. T. L. et al. Uso de sistemas informatizados na redução de erros de medicação: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, e3765, 2022.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2020: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: JBI, 2020.

MENDES, W.; SOUSA, P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. atual. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

OLIVEIRA, J. G. et al. Tecnologias digitais na segurança do paciente: contribuições para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, n. 4, e20220189, 2022.

OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; ELMAGARMID, Ahmed. Rayyan—uma aplicação web e móvel para revisões sistemáticas. *Systematic Reviews*, v. 5, n. 210, 2016. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 4 maio 2026.

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020.

SANTOS, L. M. et al. Uso de tecnologias na prevenção de erros de medicação na prática de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 31, e20210345, 2022.

SILVA, A. C. C. et al. Erros de medicação e fatores associados em serviços de saúde: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Atual*, v. 95, n. 33, 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer: atualizações metodológicas. *Einstein (São Paulo)*, v. 19, eRW5659, 2021.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation – atualização aplicada. *BMJ*, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on digital health 2020–2025.
Geneva: WHO, 2021.

ÍNDICE**A**

Ana Carolina Garcia Braz, 2, 4, 119
Antonio Luiz Martins de Oliveira
Pereira, 21

B

Bruna Carrijo Melo, 34

C

Carla Luchesi de Souza, 86
Clara Nascimento Leite, 8

D

Davy Henrique de Sousa Pelliciari, 62

E

Eleonora Furini Gelo, 119

J

Julia Casarin Caleiro, 86
Júlia Fázio de Oliveira Vettorello, 119

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 4, 62

M

Márcia Aparecida Giacomini, 3, 34
Maria Antônia Noventa, 21, 46
Maria Clara Citolino Marinzek, 8
Maria Fernanda Hernandez, 8
Maria Luiza Lopes Fernandes, 34
Maria Paula Piola de Resende, 8, 46,
59
Mariana Souza Ribeiro, 119
Mylene Cristina Cruz, 86

N

Nádia Bruna da Silva Negrinho, 8, 140
Natália Martins Ferreira, 140

P

Patricia Reis Alves dos Santos, 6, 86,
105

R

Rafaela Misson Carneiro, 105
Ruan Rodrigues Reis, 140

T

Thamara Karoline Xavier Silveira, 140

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C **Uni-FACEF**

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca