II CIISC

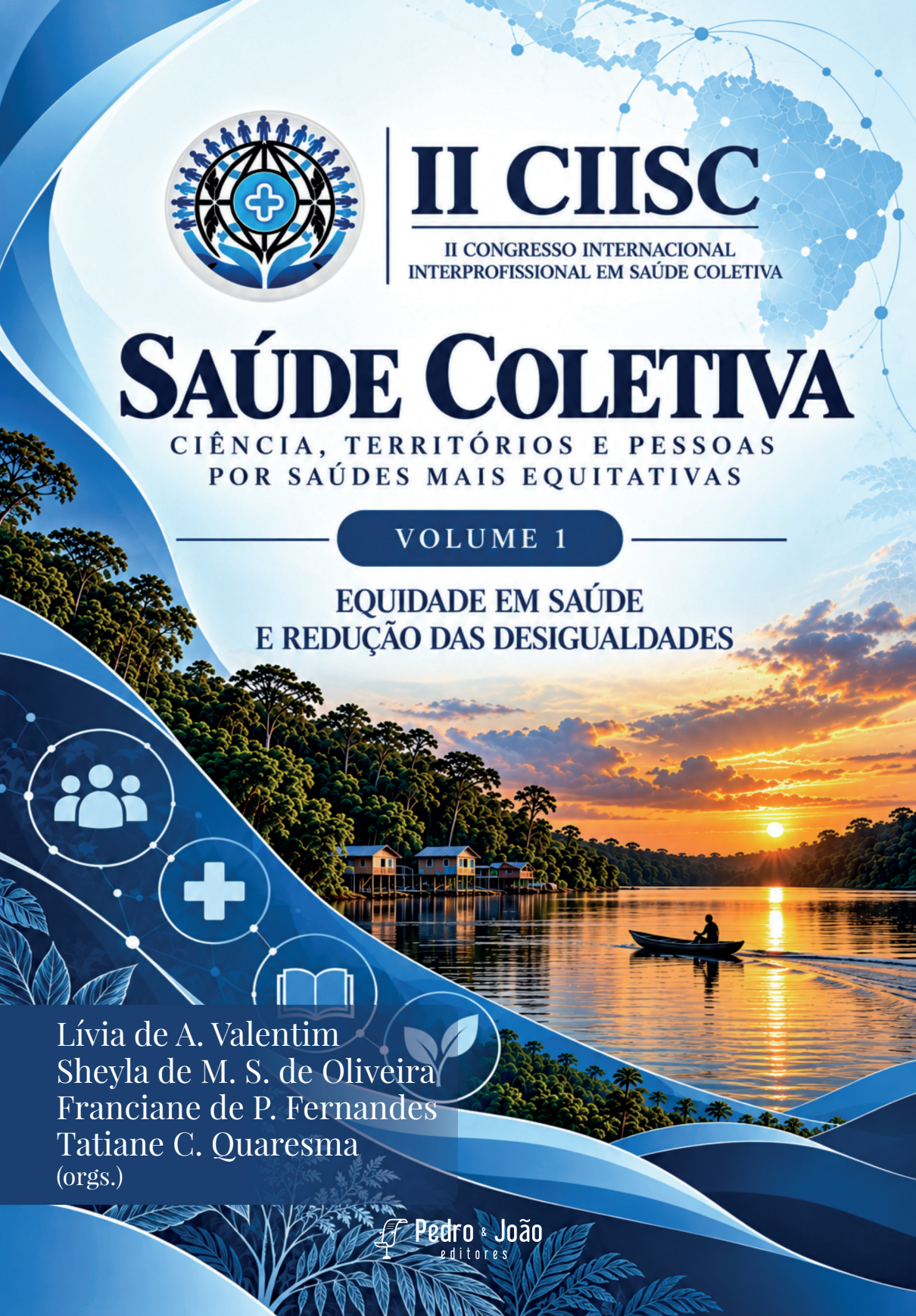
II CONGRESSO INTERNACIONAL
INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

SAÚDE COLETIVA

CIÊNCIA, TERRITÓRIOS E PESSOAS
POR SAÚDES MAIS EQUITATIVAS

VOLUME 1

EQUIDADE EM SAÚDE
E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES



Lívia de A. Valentim
Sheyla de M. S. de Oliveira
Franciane de P. Fernandes
Tatiane C. Quaresma
(orgs.)

Pedro & João editores

Equidade em Saúde e Redução das Desigualdades

1ª Edição

Pedro & João editores

LÍVIA DE A. VALENTIM
SHEYLA M. S. DE OLIVEIRA
FRANCIANE DE P. FERNANDES
TATIANE C. QUARESMA
Organizadores

Equidade em Saúde e Redução das Desigualdades

1ª Edição

Pedro & João editores

Organizadores da Obra – Professores doutores da Universidade do Estado do Pará

Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma

Coordenação Editorial, Supervisão e Aprovação

Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Ana Emília Gomes Macêdo
Adjanny Estela Santos de Souza

Revisão e Preparação Editorial

Ana Eliza Ferreira de Brito
Igor Dutra Tschope

Autores

Amábile Aires Pinheiro Carnaúba
Amaranta Evelyn Silva de Souza
Amanda Aires Pinheiro Carnaúba
Ana Beatriz Gomes de Sousa
Ana Camille Viana Falcão Brito
Ana Eliza Ferreira de Brito
Arthur de Oliveira Pinto Gama
Assis Júnior Cardoso Pantoja
Brena Souza
Cairo Borges Junior
Clara Nínive Santos Vieira
Daliane Ferreira Marinho
Danilo da Silva Patrício
Davi Estevão
Débora Carolina Martins Corrêa
Douglas de Jesus Gomes
Douglas Víctor de Vasconcelos Monteiro
Eduarda Mel da Silva Frota
Elycia Manoelle dos Santos Pinheiro
Emanoel Rodrigues Martins
Enzo Calderaro Abud
Erick Farias
Erick Rodrigues Caetano
Eudes Felipe Gomes Lopes
Fabricio Fernandes da Silva
Fábio Augusto Meneses Sousa
Franciane de Paula Fernandes
Gisele Pedroza da Costa
Gustavo Barros Lopes
Hiago Sousa Pinheiro
Iana Beatriz de Freitas Lira
Kalysta de Oliveira Resende Borges
Karol Costa de Carvalho
Letícia Nascimento Printes
Lívia de Aguiar Valentim
Luis Eduardo Santiago Holanda
Luis Fernando Siqueira da Silva
Lúryan Cristine Almeida Noronha
Marcel Branches dos Santos
Márcio Silva da Conceição
Marcos Enge Sousa Ribeiro
Mariana Yasmim Bezerra Vieira
Marina Silva Nicolau Taketomi
Natália Rocha de Melo
Osvaldo Pinheiro de Oliveira
Poliana Pezente
Raquel Castro Carvalho
Rayane Moreira de Alencar
Rayane Pires da Silva
Rosana Soares Lisboa Silva
Samilly Nogueira de Souza
Samuel Isaac Costa de Castro
Sandra Maria Sousa da Silva
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Silvia Maria Farias da Silva
Sônia da Silva Melo
Tamirez Santana Muniz
Tatiane Costa Quaresma
Thainá dos Santos Pantoja
Thais Pereira Trindade
Thammirys Cristiane Miranda Leite
Vanessa Beatriz Mota Soares

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Valentim, Lívia de A.; Oliveira, Sheyla de M. S.; Fernandes, Franciane de P.; Quaresma, Tatiane C. [Orgs.]

Equidade em Saúde e Redução das Desigualdades. São Carlos: Pedro & João Editores, 2026. 144p. 16 x 23 cm. v. 1.

Coleção: Saúde Coletiva: Ciência, territórios e pessoas por saúdes mais equitativas.
ISBN: **978-65-265-3401-4** [digital]

1. Saúde coletiva. 2. Igualdade social. 3. Prevenção de doenças. 4. Qualidade de vida. I. Título.

CDD - 614

Capa: Marcos Della Porta
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828
Diagramação: Ida Conceição Andrade de Melo
Editor: Valdemir Miotello
Diretores executivos: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores
www.pedroejoaoeditores.com.br
13568-878 – São Carlos – SP
2026

SUMÁRIO

Apresentação……..9

Capítulo 1: Desigualdades regionais da mortalidade materna no Brasil: análise do SIM e SINASC em 2024……...……...…12
Gisele Pedroza da Costa
Amanda Aires Pinheiro Carnaúba
Amábile Aires Pinheiro Carnaúba
Luis Eduardo Santiago Holanda
Mariana Yasmim Bezerra Vieira
Rayane Moreira de Alencar

Capítulo 2: Tuberculose entre imigrantes no Brasil: desigualdades territoriais tendências epidemiológicas……..…26
Erick Rodrigues Caetano
Vanessa Beatriz Mota Soares
Douglas Víctor de Vasconcelos Monteiro
Assis Júnior Cardoso Pantoja

Capítulo 3: Perfil epidemiológico da tuberculose em pessoas privadas de liberdade no Brasil: perfil epidemiológico, desfechos do tratamento e reingresso após abandono…….37
Karol Costa de Carvalho
Thammirys Cristiane Miranda Leite
Marcos Enge Sousa Ribeiro
Davi Estevão
Erick Farias
Enzo Calderaro Abud
Gustavo Barros Lopes
Thainá dos Santos Pantoja
Arthur de Oliveira Pinto Gama
Débora Carolina Martins Corrêa
Lívia de Aguiar Valentim
Tatiane Costa Quaresma

Capítulo 4: Vivência acadêmica em comunidade ribeirinha por meio do diagnóstico rápido participativo: contribuições para a equidade em saúde e para formação profissional…….....52
Eduarda Mel da Silva Frota
Elycia Manoelle dos Santos Pinheiro
Osvaldo Pinheiro de Oliveira
Lúryan Cristine Almeida Noronha
Ana Beatriz Gomes de Sousa
Clara Nínive Santos Vieira
Luis Fernando Siqueira da Silva
Samilly Nogueira de Souza
Sandra Maria Sousa da Silva

Capítulo 5: Equidade em saúde, territorialidade e interiorização do cuidado na Amazônia: experiência de um centro de infusão oncológica……..72
Fábio Augusto Meneses Sousa
Hiago Sousa Pinheiro
Poliana Pezente
Sônia da Silva Melo
Amaranta Evelyn Silva de Souza
Brena Souza
Cairo Borges Junior
Samuel Isaac Costa de Castro
Danilo da Silva Patrício
Kalysta de Oliveira Resende Borges

Capítulo 6: Contribuições das práticas extensionistas para a atenção integral à saúde da população LGBTQIAPN+ no sudeste do Pará……89
Emanoel Rodrigues Martins
Fabricio Fernandes da Silva
Márcio Silva da Conceição
Tamirez Santana Muniz

Capítulo 7: Entre diálogos e saberes: roda de conversa com indígenas Warao sobre ISTS e gravidez na adolescência…....101
Eudes Felipe Gomes Lopes
Letícia Nascimento Printes
Thais Pereira Trindade
Ana Eliza Ferreira de Brito
Douglas de Jesus Gomes
Rosana Soares Lisboa Silva
Natália Rocha de Melo
Silvia Maria Farias da Silva
Franciane de Paula Fernandes
Sheyla Mara Silva de Oliveira

Capítulo 8: Do olhar à comunicação: relato de experiência sobre a capacitação de professores para a inclusão de crianças neurodivergentes……..……..……...118
Iana Beatriz de Freitas Lira
Marcel Branches dos Santos
Vanessa Beatriz Mota Soares
Marina Silva Nicolau Taketomi
Daliane Ferreira Marinho

Capítulo 9: Capacitação de profissionais para atendimento inclusivo ao público LGBTQIAPN+: relato de experiência de uma ação extensionista em Santarém, Pará…….…….132
Ana Camille Viana Falcão Brito
Rayane Pires da Silva
Raquel Castro Carvalho
Lívia de Aguiar Valentim

APRESENTAÇÃO

A equidade em saúde não se realiza apenas pela ampliação da oferta de serviços. Ela exige reconhecer que pessoas e coletividades chegam ao sistema de saúde em condições profundamente distintas, marcadas pela distribuição desigual de renda, infraestrutura, oportunidades, proteção social e reconhecimento de seus modos de vida. É nessa compreensão que se inscreve o primeiro volume da coletânea Saúde Coletiva: Ciência, Territórios e Pessoas por Saúdes Mais Equitativas, constituída a partir dos capítulos submetidos ao II Congresso Internacional Interprofissional em Saúde Coletiva. Sob o título Equidade em Saúde e Redução das Desigualdades, a obra reúne investigações e experiências que tratam a desigualdade não como elemento periférico da assistência, mas como dimensão constitutiva do processo saúde-doença.

Os estudos sobre mortalidade materna e tuberculose oferecem um ponto de partida expressivo para essa discussão. A análise das diferenças regionais na mortalidade materna recoloca em evidência a distância entre a existência formal de direitos e as condições concretas para exercê-los. Quando o território interfere na oportunidade do diagnóstico, na continuidade do pré-natal ou no acesso a serviços resolutivos, a distribuição dos óbitos deixa de ser apenas um indicador epidemiológico e passa a revelar escolhas históricas de organização da atenção. De modo semelhante, os capítulos dedicados à tuberculose entre imigrantes e pessoas privadas de liberdade aproximam o leitor de situações em que vulnerabilidade social, barreiras institucionais e descontinuidade do cuidado se sobrepõem. O enfrentamento desses agravos requer, portanto, ações que ultrapassem a dimensão estritamente biomédica.

A territorialidade assume particular relevância nos trabalhos desenvolvidos na Amazônia. A experiência acadêmica de diagnóstico rápido participativo em comunidade ribeirinha demonstra o valor da escuta e da construção compartilhada do conhecimento, inclusive na formação de profissionais capazes de compreender necessidades que não cabem integralmente nos instrumentos tradicionais de avaliação. Já a experiência de interiorização do cuidado oncológico, por meio de um centro de infusão, traz ao debate uma questão decisiva: a localização dos serviços pode determinar não somente o percurso terapêutico, mas também os custos familiares, o afastamento das redes de apoio e a possibilidade efetiva de manter o tratamento. A aproximação entre assistência especializada e território, nesse sentido, constitui uma estratégia concreta de redução de desigualdades.

Outro conjunto de capítulos evidencia que a equidade depende do reconhecimento das diferenças e do enfrentamento das práticas discriminatórias. As experiências extensionistas voltadas à atenção integral da população LGBTQIAPN+, incluindo a capacitação de profissionais em Santarém, mostram que acesso não se confunde com acolhimento. Serviços formalmente disponíveis podem continuar inacessíveis quando suas rotinas reproduzem constrangimentos, desconhecimento ou invisibilização. A formação profissional, a revisão das práticas de comunicação e o respeito às identidades são componentes da qualidade assistencial, não atributos acessórios de um atendimento humanizado.

O diálogo com indígenas Warao sobre infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência reforça, por sua vez, a necessidade de práticas educativas construídas com as comunidades, e não simplesmente dirigidas a elas. O encontro entre conhecimentos técnicos e experiências culturais permite questionar intervenções padronizadas que desconsideram trajetórias migratórias, idiomas, vínculos comunitários e formas próprias de interpretar a saúde. Na mesma direção, o relato sobre

capacitação de professores para inclusão de crianças neurodivergentes amplia o campo da discussão: promover saúde também significa construir ambientes educacionais em que diferenças sejam reconhecidas sem se converterem em exclusão.

A diversidade temática deste volume não compromete sua unidade. Ao contrário, explicita que as desigualdades em saúde se expressam em diferentes momentos da vida, instituições e territórios, exigindo respostas intersetoriais e interprofissionais. Estudos epidemiológicos, relatos de experiência e práticas extensionistas oferecem perspectivas complementares: os primeiros ajudam a dimensionar problemas e reconhecer padrões; os demais tornam visíveis relações, obstáculos cotidianos e possibilidades de transformação que os indicadores, isoladamente, não conseguem descrever.

Ao publicar esses capítulos, o II Congresso Internacional Interprofissional em Saúde Coletiva amplia a circulação de conhecimentos produzidos em diferentes realidades e reafirma a responsabilidade pública da pesquisa. A contribuição desta obra reside também nas perguntas que suscita: quem permanece distante do cuidado, quais barreiras ainda são naturalizadas e de que maneira a formação, a gestão e os serviços de saúde podem responder a esses desafios? Esperamos que a leitura fortaleça investigações comprometidas com os territórios e estimule práticas que façam da equidade um critério efetivo de decisão. Reduzir desigualdades requer evidências consistentes, mas exige igualmente disposição institucional e compromisso ético para transformar aquilo que as evidências revelam.

CAPÍTULO 1
DESIGUALDADES REGIONAIS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: ANÁLISE DO SIM E SINASC EM 2024

Gisele Pedroza da Costa
Amanda Aires Pinheiro Carnaúba
Amábile Aires Pinheiro Carnaúba
Luis Eduardo Santiago Holanda
Mariana Yasmim Bezerra Vieira
Rayane Moreira de Alencar

Resumo
O presente estudo objetivou analisar as desigualdades regionais na mortalidade materna no Brasil, em 2024, considerando a distribuição dos óbitos maternos, nascidos vivos, causas obstétricas e Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo as Grandes Regiões. Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo e documental, realizado com dados secundários de domínio público do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo DATASUS, por meio da plataforma TABNET. Foram registrados 1.326 óbitos maternos, com maior frequência absoluta no Sudeste (33,9%) e Nordeste (29,6%). A maior RMM foi observada no Norte (67,00 óbitos por 100 mil nascidos vivos), seguido pelo Nordeste (58,91), enquanto a menor ocorreu no Sudeste (49,76). Quanto às causas, 70,1% foram obstétricas diretas, 27,5% indiretas e 2,4% inespecíficas. Evidencia-se a necessidade de fortalecer a assistência materna, especialmente nas regiões mais vulneráveis.
Palavras-Chave: Mortalidade materna. Disparidades nos níveis de saúde. Registros de mortalidade.

Abstract
This study aimed to analyze regional inequalities in maternal mortality in Brazil in 2024, considering the distribution of maternal deaths, live

births, obstetric causes, and the Maternal Mortality Ratio (MMR) across the country's major geographic regions. This is an epidemiological, descriptive, quantitative, and documentary study conducted using publicly available secondary data from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC), provided by DATASUS through the TABNET platform. A total of 1,326 maternal deaths were recorded, with the highest absolute frequencies occurring in the Southeast (33.9%) and Northeast (29.6%) regions. The highest MMR was observed in the North (67.00 deaths per 100,000 live births), followed by the Northeast (58.91), whereas the lowest was recorded in the Southeast (49.76). Regarding causes, 70.1% were classified as direct obstetric causes, 27.5% as indirect obstetric causes, and 2.4% as unspecified causes. The findings highlight the need to strengthen maternal healthcare, particularly in the most vulnerable regions.
Keywords: Maternal Mortality. Health Status Disparities. Mortality Registries.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna corresponde à morte de uma mulher em decorrência de complicações relacionadas à gestação, ao parto ou ao período pós-parto, constituindo um desfecho que, em grande parte das situações, poderia ser evitado. Nesse contexto, esse agravo permanece como um problema de saúde pública, tanto no cenário mundial quanto no Brasil, estando relacionado às disparidades socioeconômicas e no acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2024).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 700 mulheres morreram diariamente em 2023 por causas relacionadas à gravidez e ao parto, sendo que mais de 90% desses óbitos ocorreram em países de baixa e média renda, e a maioria poderia ter sido evitada (OMS, 2025). Esse cenário evidencia a persistência da mortalidade materna como um problema global e a necessidade de compreender os diferentes fatores envolvidos em sua ocorrência.

As causas de mortalidade materna classificam-se em diretas, indiretas e não especificadas. As diretas são aquelas que resultam de complicações que podem estar associadas a intervenções, omissões ou inadequações durante a assistência prestada à mulher. Por sua vez, as indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que foram desenvolvidas durante a gestação, que, embora não sejam originadas diretamente de causas obstétricas, podem ser agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Já as mortes por causas obstétricas não especificadas correspondem àquelas em que não é possível determinar com precisão a causa básica como obstétrica direta ou indireta, devido à insuficiência de informações (WHO, 2012).

Dessa forma, dentre as principais causas de óbitos maternos destacam-se as hemorragias, especialmente as pós-parto, os transtornos hipertensivos da gestação, sendo a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, as infecções, as complicações decorrentes de abortamentos inseguros e outras intercorrências relacionadas ao parto (OMS, 2025).

Além das causas clínicas, a ocorrência da mortalidade materna está relacionada a fatores sociais e assistenciais que condicionam as possibilidades de prevenção e cuidado. Aspectos como renda, escolaridade, condições de moradia, acesso aos serviços e qualidade da assistência obstétrica podem influenciar o risco de morte durante o ciclo gravídico-puerperal, fazendo desse agravo também um reflexo das desigualdades existentes em uma população e das fragilidades nas políticas de atenção à saúde da mulher (Freitas-Júnior, 2020; Barreto, 2021).

Diante desse cenário, a redução da mortalidade materna constitui uma das prioridades estabelecidas pela Organização das Nações Unidas no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no ODS 3, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. Entre suas metas, inclui-se a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030,

reforçando o compromisso global com a prevenção dessas mortes, acordo também assumido pelo Brasil (ONU, 2015).

Contudo, no Brasil, apesar dos avanços na atenção à saúde materna, o índice de mortalidade nessa população permanece elevado, sendo um importante problema de saúde pública, e apresentando distribuição heterogênea entre as regiões do país (Oliveira *et al.*, 2024; Pecoraro *et al.*, 2026). Esse cenário reforça a necessidade de compreender a distribuição do agravo e os fatores relacionados à sua ocorrência no território brasileiro.

OBJETIVO

Analisar as desigualdades regionais na mortalidade materna no Brasil, em 2024, considerando a distribuição dos óbitos maternos, nascidos vivos e das causas obstétricas segundo as Grandes Regiões brasileiras, bem como a Razão de Mortalidade Materna calculada para cada região.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e ecológico, de abordagem quantitativa, fundamentado na análise de dados secundários de domínio público, seguindo delineamento semelhante ao empregado em estudos realizados com informações dos sistemas oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O estudo foi desenvolvido com dados referentes ao Brasil e às cinco Grandes Regiões — Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste — no ano de 2024. As informações foram obtidas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da plataforma TABNET, utilizando registros provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com extração dos dados realizada em agosto de 2026.

A escolha do ano de 2024 ocorreu por constituir o ano civil mais recente com bases anuais específicas disponíveis simultaneamente no SIM e no SINASC no momento da consulta, enquanto os dados de 2025 permaneciam disponibilizados em caráter preliminar. Além disso, a utilização desse período possibilita analisar um cenário posterior ao impacto mais acentuado da pandemia da COVID-19 sobre a mortalidade materna brasileira. Estudos nacionais demonstraram aumento expressivo dos óbitos maternos durante os anos de 2020 e 2021, com maior Razão de Mortalidade Materna em 2021, enquanto a OMS declarou, em maio de 2023, o encerramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à COVID-19. Dessa forma, 2024 representa o primeiro ano civil completo posterior a essa transição, possibilitando caracterizar o padrão contemporâneo da mortalidade materna no país.

Foram incluídos todos os óbitos maternos registrados no SIM no ano de 2024, sem realização de amostragem. Considerou-se morte materna aquela ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, decorrente de causa relacionada ou agravada pela gestação ou pelas medidas adotadas em relação a ela, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais, que integram o grupo das causas externas e não correspondem às causas obstétricas não especificadas (WHO, 2012). Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não foram considerados os óbitos maternos tardios ocorridos após 42 dias do término da gestação.

Os dados foram extraídos e organizados em planilhas eletrônicas, sendo submetidos à análise estatística descritiva. Foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) dos óbitos maternos, priorizando-se a apresentação dos números absolutos para caracterização e comparação do perfil de mortalidade entre as regiões brasileiras. Por fim, os dados obtidos nos dois sistemas foram utilizados conjuntamente para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), obtida pela divisão do número de óbitos maternos pelo número de nascidos vivos na mesma região e período, multiplicada por 100.000 nascidos vivos,

permitindo comparar a magnitude da mortalidade entre regiões com diferentes volumes de nascimentos.

Os resultados foram organizados de forma comparativa entre o Brasil e suas cinco Grandes Regiões, possibilitando identificar diferenças regionais na ocorrência dos óbitos maternos, na magnitude da Razão de Mortalidade Materna e na distribuição das causas obstétricas no ano analisado.

Por utilizar exclusivamente informações secundárias, agregadas, de domínio público e sem identificação individual, o estudo não necessitou de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelecido pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, procedimento também adotado em pesquisas documentais baseadas em sistemas públicos de informação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da mortalidade materna no Brasil, referente ao ano de 2024, identificou 1.326 óbitos maternos registrados no SIM conforme observado na Tabela 1. Em números absolutos, a maior frequência de óbitos maternos foi observada no Sudeste, com 450 registros, seguido pelo Nordeste, com 393.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos maternos segundo as regiões do Brasil, 2024.

Região	**Nº de óbitos**	**%**
Sudeste	450	33,9
Nordeste	393	29,6
Sul	179	13,5
Norte	178	13,4
Centro-Oeste	126	9,5
Total	**1.326**	**100**

Fonte: SIM/DATASUS, Ministério da Saúde. Elaborado pelos autores (2026).

Em conjunto, Sudeste e Nordeste concentraram 843 mortes maternas, correspondentes a 63,6% dos registros nacionais. Entretanto, a frequência absoluta não permite comparar diretamente a magnitude da mortalidade materna entre as regiões, em razão das diferenças no número de nascidos vivos.

Em concordância, a literatura nacional demonstra a persistência de tais desigualdades regionais na mortalidade materna, relacionadas às heterogeneidades nas condições socioeconômicas, no acesso aos serviços e na disponibilidade e qualidade da assistência obstétrica (Oliveira *et al*., 2024; Silva *et al.*, 2024). Além disso, diferenças na oferta de serviços especializados, no acesso oportuno ao pré-natal e na disponibilidade de assistência obstétrica de maior complexidade podem contribuir para a ocorrência de desfechos maternos desfavoráveis, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Orellana *et al.,* 2022).

Entretanto, considerando que a frequência absoluta dos óbitos não permite, isoladamente, comparar o risco de mortalidade materna entre as regiões, torna-se necessário considerar o número de nascidos vivos, utilizado como denominador para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM). Em 2024, foram registrados 2.389.325 nascidos vivos no Brasil, dos quais 37,8% correspondiam à Região Sudeste, 27,9% à Nordeste, 14,1% à Sul, 11,1% à Norte e 9,0% à Centro-Oeste.

A análise da mortalidade materna em relação ao número de nascidos vivos evidencia diferenças na magnitude desse evento entre as Grandes Regiões. A Razão de Mortalidade Materna (RMM), calculada para o Brasil e para cada região, é apresentada na Tabela 2, permitindo uma comparação do risco de morte materna que considera a distinta distribuição dos nascimentos no território nacional.

Tabela 2. Razão de Mortalidade Materna segundo as Grandes Regiões do Brasil, 2024.

Região	Óbitos maternos	Nº de Nascim p/resid.mãe	RMM (por 100.000 NV)
Sudeste	450	904.365	49,76
Nordeste	393	667.121	58,91
Sul	179	336.802	53,15
Norte	178	265.670	67,00
Centro-Oeste	126	215.367	58,51
Total (Brasil)	**1.326**	**2.389.325**	**55,50**

Fonte: SIM e SINASC/DATASUS, Ministério da Saúde. Elaborado pelos autores (2026).

Quando considerada a Razão de Mortalidade Materna, observou-se inversão parcial desse padrão. A Região Norte apresentou a maior RMM, com 67,00 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, apesar de registrar apenas 178 óbitos em números absolutos. Em contrapartida, o Sudeste, embora tenha concentrado o maior número absoluto de mortes maternas, apresentou a menor RMM, com 49,76 por 100 mil nascidos vivos.

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos que analisaram a mortalidade materna em diferentes períodos no Brasil. Em uma análise do período de 2014-2023, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade materna, sendo que a Norte obteve as maiores taxas e maiores variações durante anos. Segundo os autores, esse cenário pode estar relacionado às desigualdades no acesso aos serviços de saúde e à assistência obstétrica, especialmente diante de dificuldades na oferta e no acesso oportuno ao atendimento em situações de emergência, fatores que podem contribuir para o agravamento de condições potencialmente evitáveis (Pecoraro *et al.*, 2026). Além disso, embora as Regiões Sudeste e Sul tenham apresentado os menores níveis de RMM no presente estudo, esse resultado não significa ausência de problemas relacionados à mortalidade materna.

A distribuição dos óbitos segundo o tipo de causa obstétrica evidenciou predominância das causas obstétricas diretas em todas as Grandes Regiões do país, conforme apresentado na Tabela 3. No Brasil, essas causas corresponderam a 70,1% dos óbitos maternos, enquanto as causas indiretas representaram 27,5% e as não especificadas, 2,4%.

Tabela 3. Distribuição dos óbitos maternos segundo o tipo de causa obstétrica e as Grandes Regiões do Brasil, 2024.

Região	**Tipos de Causas de morte materna**		
	Causa obstétrica direta (%)	**Causa obstétrica indireta (%)**	**Causa obstétrica não especificada (%)**
Sudeste	291 (64,7%)	144 (32,0%)	15 (3,3%)
Nordeste	293 (74,6%)	94 (23,9%)	6 (1,5%)
Sul	116 (64,8%)	58 (32,4%)	5 (2,8%)
Norte	133 (74,7%)	41 (23,0%)	4 (2,2%)
Centro-Oeste	96 (76,2%)	28 (22,2%)	2 (1,6%)
Total	**929 (70,1%)**	**365 (27,5%)**	**32 (2,4%)**

Fonte: SIM/DATASUS, Ministério da Saúde. Elaborado pelos autores (2026).

Regionalmente, a maior proporção de causas diretas foi observada no Centro-Oeste (76,2%), seguida pelo Norte (74,7%) e Nordeste (74,6%), enquanto as menores proporções foram registradas no Sul (64,8%) e Sudeste (64,7%). Em contrapartida, as causas indiretas apresentaram maior participação no Sul (32,4%) e Sudeste (32,0%), em comparação ao Norte (23,0%), Nordeste (23,9%) e Centro-Oeste (22,2%). As causas não especificadas permaneceram com baixa proporção em todas as regiões, variando de 1,5% no Nordeste a 3,3% no Sudeste.

A predominância das causas obstétricas diretas em todas as regiões indica que as complicações decorrentes diretamente da gestação, do parto e do puerpério permanecem como importante componente da mortalidade materna no Brasil. Dessa forma,

aproximadamente sete em cada dez mortes maternas registradas no país decorreram diretamente de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), as causas obstétricas diretas estão particularmente relacionadas às condições da assistência obstétrica prestada durante o ciclo gravídico-puerperal.

Um estudo de coorte retrospectivo nacional, evidenciou como uma das principais causas obstétricas de mortalidade materna os transtornos da gravidez, parto e puerpério, no Brasil. Além disso, as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério reforçam a importância do cuidado obstétrico hospitalar de qualidade na prevenção desses eventos (Santos *et al.,* 2026).

No que se refere ao aborto, sua permanência entre as causas de mortalidade materna reforça sua relevância como problema de saúde pública e a necessidade de qualificação das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva (Santos *et al.,* 2026).

No que diz respeito às causas indiretas, aquelas que resultam de condições clínicas já existentes, tais como o HIV, doenças cardíacas e hepáticas, diabetes, transtornos mentais, neoplasias e outras, estas representam menores ocorrências, no entanto o HIV se mostra mais significativo, segundo a literatura (Santos *et al.,* 2026; Hossain; Shaikh, 2021).

E por fim, se referindo as causas inespecíficas, a literatura corrobora os achados da presente pesquisa e embora apresentem relativamente ocorrências mais baixas, demonstram limitações no preenchimento da declaração de óbito, impedindo a correta classificação e vigilância dos casos (Santos *et al.,* 2026; Oliveira; Santos, 2023).

Como limitações, consideraram-se a possibilidade de subnotificação dos óbitos maternos, o preenchimento incompleto ou inadequado das Declarações de Óbito e diferenças regionais na qualidade da investigação e registro das mortes. Entretanto, o SIM e o SINASC constituem sistemas oficiais de abrangência nacional

e importantes fontes para o monitoramento da mortalidade materna e das desigualdades em saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

A análise da mortalidade materna no Brasil, em 2024, evidenciou diferenças regionais tanto na distribuição absoluta dos óbitos quanto na magnitude da Razão de Mortalidade Materna. Embora o Sudeste tenha concentrado o maior número absoluto de mortes maternas, a Região Norte apresentou a maior RMM, com 67,00 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto o Sudeste apresentou a menor razão, de 49,76 por 100 mil nascidos vivos. Esses achados demonstram que a frequência absoluta dos óbitos não traduz, isoladamente, a magnitude da mortalidade materna entre as regiões brasileiras. Ademais, observou-se predominância das causas obstétricas diretas em todas as Grandes Regiões, correspondendo a 70,1% dos óbitos registrados no país.

Em relação às causas de morte, verificou-se predominância das causas obstétricas diretas, destacando-se as complicações hipertensivas da gestação, as afecções obstétricas e as intercorrências relacionadas ao trabalho de parto, parto e puerpério. Esses achados reforçam que a mortalidade materna permanece como um importante problema de saúde pública, influenciado por fatores clínicos, sociais, territoriais e pela qualidade do acesso e da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde materna, com ênfase na qualificação do pré-natal, do parto e do puerpério, especialmente nos grupos e regiões mais vulneráveis. Ressalta-se ainda a necessidade de novos estudos acerca da mortalidade materna no Brasil, capazes de aprofundar a compreensão dos fatores associados às desigualdades observadas e subsidiar o planejamento de políticas públicas e estratégias mais eficazes para a redução de mortes maternas evitáveis.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2021. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): Mortalidade Geral 2024.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/sim/resource/f0bdf83f-708e-4de9-9582-959055844ae9. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): Nascidos Vivos 2024.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc. Acesso em: 4 set. 2026.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 20, n. 2, p. 615-622, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016.

HOSSAIN, Nazli; SHAIKH, Zeenat. Maternal deaths due to indirect causes: report from a tertiary care center of a developing

country. *Obstetric Medicine*, v. 15, n. 3, p. 176-179, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/1753495X211037916.

OLIVEIRA, Ianne Vitória Gomes et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 10, e05012023, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023.

OLIVEIRA, Nicoly Maturana de; SANTOS, Gustavo Gonçalves dos. Mortalidade materna no Brasil entre o período de 2020 a 2023: estudo de base populacional. *Gestão & Cuidado em Saúde*, Fortaleza, v. 1, n. 2, e13139, 2023. DOI: https://doi.org/10.70368/gecs.v1i2.13139.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel. Acesso em: 29 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternal mortality*. Geneva: World Health Organization, 7 abr. 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. Acesso em: 29 ago. 2026.

ORELLANA, Jesem; JACQUES, Nadège; LEVENTHAL, Daniel Gray Paschoal; MARRERO, Lihsieh; MORÓN-DUARTE, Lina Sofía. Excess maternal mortality in Brazil: regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. *PLOS ONE*, v. 17, n. 10, e0275333, 2022. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333.

PECORARO, Luana Meireles et al. Retrato da mortalidade materna nas regiões do Brasil. *Revista Tópicos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 31, p. 1-17, 2026. DOI: https://doi.org/10.70773/revistatopicos/774236467.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *MRT.2.01 – Razão de mortalidade materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/ripsa-mortalidade/resource/ripsa001mt_csv. Acesso em: 4 set. 2026.

SANTOS, Gustavo Gonçalves dos et al. Maternal mortality among Black women in Brazil: a retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 23, n. 1, p. 94, 2026. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph23010094.

SILVA, Amanda Dantas; GUIDA, José Paulo Siqueira; SANTOS, Debora de Souza; SANTIAGO, Silvia Maria; SURITA, Fernanda Garanhani. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, p. 25, 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2024058005862.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM.* Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548458. Acesso em: 3 set. 2026.

CAPÍTULO 2
TUBERCULOSE ENTRE IMIGRANTES NO BRASIL: DESIGUALDADES TERRITORIAIS E TENDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Erick Rodrigues Caetano
Vanessa Beatriz Mota Soares
Douglas Víctor de Vasconcelos Monteiro
Assis Júnior Cardoso Pantoja

Resumo
A tuberculose (TB) persiste como relevante problema de saúde pública em populações vulneráveis. O estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico, a distribuição territorial e os desfechos da TB entre imigrantes no Brasil (2019 a 2025). Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, com dados secundários do SINAN/DATASUS. Foram analisados casos confirmados conforme ano de diagnóstico, sexo, faixa etária, unidade federativa de residência e situação de encerramento. Identificaram-se 5.357 casos, com aumento de 553 (em 2021) para 1.052 (em 2025). Houve predomínio do sexo masculino (66,2%) e da faixa etária de 20 a 39 anos (56,5%). O estado de São Paulo concentrou 35,1% dos casos, seguido por Roraima (13,8%). A cura foi registrada em 52,0% dos casos, enquanto o abandono do tratamento representou 15,6%. Os resultados evidenciam expressivas desigualdades territoriais e desafios na continuidade do cuidado, reforçando a necessidade de estratégias diferenciadas para populações migrantes.
Palavras-Chave: Tuberculose. Migração. Epidemiologia. Saúde Pública.

Abstract
Tuberculosis (TB) remains a significant public health issue among vulnerable populations. This study aimed to analyze the epidemiological profile, geographical distribution, and trends of TB among immigrants in Brazil (2019–2025). It was a descriptive, retrospective, quantitative study using secondary data from SINAN/DATASUS. Confirmed cases

were analyzed based on year of diagnosis, sex, age group, state of residence, and treatment outcome. A total of 5,357 cases were identified, with an increase from 553 (in 2021) to 1,052 (in 2025). Males (66.2%) and the 20–39 age group (56.5%) predominated. The state of São Paulo accounted for 35.1% of cases, followed by Roraima (13.8%). Cure was recorded in 52.0% of cases, while treatment abandonment accounted for 15.6%. The results highlighted significant geographical inequalities and challenges regarding continuity of care, underscoring the need for tailored strategies for migrants.
Keywords: Tuberculosis. Migration. Epidemiology. Public Health.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma das principais doenças infecciosas no mundo e no Brasil, apresentando alta incidência, especialmente em regiões com desigualdades socioeconômicas acentuadas. O Brasil está entre as nações com maior carga de tuberculose no mundo, com taxas de incidência acima de 37 casos para cada 100 mil habitantes e mais de 80 mil casos novos de tuberculose todos os anos desde a pandemia de covid-19 (Garcia et al; 2026). Sua transmissão ocorre por via aérea, por meio de aerossóis liberados ao falar, tossir ou espirrar (Macedo et al., 2024; Braga et al., 2025). Apesar do sistema de saúde oferecer tratamento gratuito e cura, a doença permanece entre os maiores desafios da saúde pública global, figurando, em 2022, como a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso no mundo, atrás apenas da COVID-19 (Souza et al., 2025).

Nesse contexto, a mobilidade populacional e os processos migratórios podem produzir situações específicas de vulnerabilidade. Pessoas imigrantes podem enfrentar dificuldades relacionadas à documentação, barreiras linguísticas e culturais, desconhecimento dos serviços disponíveis, instabilidade habitacional e laboral e deslocamentos frequentes (Montelo et al; 2025). Essas condições podem dificultar tanto o acesso ao diagnóstico quanto a continuidade do tratamento.

No Brasil, o acompanhamento epidemiológico da tuberculose é realizado, entre outros mecanismos, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que permite caracterizar os casos notificados segundo diferentes aspectos sociodemográficos e clínicos (Sousa et al; 2025). A utilização desses dados possibilita identificar padrões epidemiológicos e desigualdades na distribuição dos casos.

A análise da tuberculose entre imigrantes torna-se, portanto, relevante para compreender como o agravo se apresenta nessa população e para contribuir com estratégias de vigilância e cuidado orientadas pelos princípios da universalidade e da equidade do SUS.

OBJETIVOS

Analisar o perfil epidemiológico, a distribuição territorial e os desfechos dos casos de tuberculose entre imigrantes no Brasil, no período de 2019 a 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a distribuição dos casos segundo ano de diagnóstico;

Caracterizar os casos segundo sexo e faixa etária;

Identificar a distribuição territorial dos casos entre as unidades federativas.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado mediante análise de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram utilizados dados referentes aos casos confirmados de tuberculose em indivíduos classificados como imigrantes,

disponíveis no sistema TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), considerando o período de 2019 a 2025 e abrangência nacional.

Foram analisadas as seguintes variáveis: ano de diagnóstico, unidade federativa de residência, sexo, faixa etária e situação de encerramento. Os dados foram organizados em tabelas e analisados por meio de frequências absolutas e relativas.

Por se tratar de dados secundários, agregados e de acesso público, sem identificação individual dos participantes, não houve acesso a informações pessoais dos casos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2019 e 2025, foram identificados 5.357 casos confirmados de tuberculose entre imigrantes no Brasil. Observou-se redução no número de registros entre 2019 e 2021, seguida de crescimento progressivo a partir de 2022. O número de casos passou de 553 em 2021 para 704 em 2022, alcançando 1.052 casos em 2025.

Tabela 1. Distribuição dos casos de tuberculose entre imigrantes segundo ano de diagnóstico, Brasil, 2019–2025.

Ano	Casos
2019	640
2020	574
2021	553
2022	704
2023	874
2024	960
2025	1.052
Total	**5.357**

Fonte: Datasus (2019-2025)

A redução observada entre 2020 e 2021 deve ser interpretada com cautela, considerando o contexto da pandemia de COVID-19 e suas possíveis repercussões sobre a busca por atendimento, diagnóstico e notificação de doenças. O surgimento da COVID-19 comprometeu o avanço das ações contra a tuberculose e colocou em risco o cumprimento das metas globais da OMS para a erradicação da doença até 2035 (Estratégia End TB). Com o isolamento social e a reestruturação das unidades de saúde, o acesso e a regularidade dos acompanhamentos foram severamente prejudicados (Ribeiro et al; 2025).

Já o crescimento registrado a partir de 2022 pode refletir, entre outros fatores, a retomada dos serviços de saúde e da capacidade de diagnóstico e notificação, o padrão sugere a ocorrência de um acúmulo de pessoas não diagnosticadas no período pandêmico e associadas ao aumento consistente de fatores de risco sociais, como etilismo, tabagismo e uso de drogas, no período pós-pandêmico (Ribeiro et al; 2025).

Em relação ao perfil sociodemográfico, houve predominância do sexo masculino, com 3.547 casos (66,2%), enquanto o sexo feminino correspondeu a 1.809 casos (33,8%). Quanto à idade, a maior concentração ocorreu entre indivíduos de 20 a 39 anos, com 3.027 casos (56,5%), seguida pela faixa de 40 a 59 anos, com 1.213 casos (22,6%). Dessa forma, 79,1% dos casos ocorreram entre pessoas de 20 a 59 anos.

Tabela 2. Distribuição dos casos de tuberculose entre imigrantes segundo características sociodemográficas, Brasil, 2019–2025.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	3.547	66,2
Feminino	1.809	33,8
Ignorado	1	0,02
Faixa etária		
<1 ano	42	0,8
1–4 anos	87	1,6
5–9 anos	91	1,7
10–14 anos	78	1,5
15–19 anos	327	6,1
20–39 anos	3.027	56,5
40–59 anos	1.213	22,6
60–64 anos	140	2,6
65–69 anos	128	2,4
70–79 anos	159	3,0
80 anos ou mais	64	1,2
Em branco/ignorado	1	0,02

Fonte: Datasus (2019-2025)

A predominância de adultos jovens é particularmente relevante, uma vez que esse grupo representa parcela expressiva da população economicamente ativa. A elevada incidência de tuberculose entre homens imigrantes reflete a sobreposição de vulnerabilidades sociais e de gênero. Condições habitacionais inadequadas e empregos precários aumentam o risco de transmissão da doença, enquanto a resistência masculina em procurar cuidados médicos, combinada ao medo do estigma, barreiras do idioma e incerteza documental, dificulta o diagnóstico oportuno e a continuidade do acompanhamento de saúde (Coelho et al; 2025).

Quanto à distribuição territorial, observou-se importante concentração dos casos em determinadas unidades federativas. São Paulo apresentou 1.881 casos (35,1%), seguido por Roraima, com 737 (13,8%), Rio de Janeiro, com 354 (6,6%), Santa Catarina, com 341 (6,4%), e Rio Grande do Sul, com 320 (6,0%). Na Região Norte, foram registrados 1.316 casos, correspondendo a aproximadamente 24,6% do total nacional.

Tabela 3. Distribuição dos casos de tuberculose entre imigrantes segundo unidade federativa de residência, Brasil, 2019–2025.

UF	n	%
São Paulo	1.881	35,1
Roraima	737	13,8
Rio de Janeiro	354	6,6
Santa Catarina	341	6,4
Rio Grande do Sul	320	6,0
Amazonas	312	5,8
Paraná	221	4,1
Pará	163	3,0
Minas Gerais	132	2,5
Mato Grosso	120	2,2
Bahia	100	1,9
Pernambuco	88	1,6
Ceará	62	1,2
Maranhão	60	1,1
Mato Grosso do Sul	61	1,1
Rondônia	56	1,0
Espírito Santo	53	1,0
Distrito Federal	53	1,0
Paraíba	31	0,6
Piauí	25	0,5
Alagoas	21	0,4
Rio Grande do Norte	21	0,4

Acre	20	0,4
Tocantins	18	0,3
Amapá	10	0,2
Sergipe	7	0,1
Total	**5.357**	**100,0**

Fonte: Datasus (2019-2025)

A elevada concentração de casos em São Paulo atrela-se ao seu papel histórico como principal polo de atração socioeconômica do país (Tavares et al; 2026). O estado recebe fluxos migratórios contínuos de diversas nacionalidades, os quais frequentemente se inserem em contextos de trabalho informal, habitações coletivas e adensamento populacional (Silveira et al;), fatores que favorecem a transmissão aerógena do *Mycobacterium tuberculosis*.

Por outro lado, a expressiva positividade observada em Roraima, bem como o alto volume de notificações na Região Norte, reflete a complexa conjuntura fronteiriça do país (Coelho et al, 2025). Roraima atua como porta de entrada para intensos fluxos migratórios e deslocamentos forçados (notadamente de populações venezuelanas em situação de extrema vulnerabilidade social) (Cavalcante et al; 2023). Essa dinâmica, somada às barreiras de acesso aos serviços de saúde, barreira linguística, insegurança alimentar e habitações precárias, amplia o risco de adoecimento e reduz a detecção precocemente.

A quantidade de casos está diretamente relacionada ao tamanho da população migrante, aos fluxos migratórios, à concentração urbana e à disponibilidade de serviços de saúde e diagnóstico em cada território (Macedo et al; 2024). Roraima, por exemplo, apresentou número expressivo de casos apesar de possuir população menor que estados como São Paulo.

No que diz respeito aos desfechos, 2.784 casos (52,0%) foram registrados como cura, enquanto 835 (15,6%) tiveram abandono. Foram registrados ainda 246 óbitos por tuberculose (4,6%) e 197

óbitos por outras causas (3,7%). A transferência correspondeu a 565 casos (10,5%), enquanto 466 (8,7%) apresentavam situação ignorada ou em branco. Também foram registrados 104 casos de abandono primário, 86 de mudança de esquema, 71 de TB-DR e três de falência.

A interrupção do tratamento da tuberculose pode comprometer a efetividade do cuidado individual e coletivo. Em populações migrantes, a continuidade terapêutica pode ser particularmente desafiadora diante da mobilidade territorial, das condições de trabalho e das barreiras socioculturais e linguísticas (Cavalcante et al; 2023). A elevada proporção de transferências também reforça a importância da articulação entre os serviços para garantir a continuidade do acompanhamento, independentemente do deslocamento territorial do usuário.

LIMITAÇÕES

Dentre as principais limitações deste estudo, destaca-se a provável subnotificação dos casos de tuberculose na população de imigrantes. As diversas barreiras sociais, linguísticas, econômicas e institucionais enfrentadas por esse grupo dificultam o acesso regular aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. Consequentemente, parte expressiva dos casos deixa de ser captada pelos registros oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e integrada às bases de dados do DATASUS.

CONCLUSÃO

A análise evidenciou 5.357 casos de tuberculose entre imigrantes no Brasil entre 2019 e 2025, com aumento dos registros a partir de 2022, predominância masculina (66,2%) e concentração dos casos na faixa etária de 20 a 39 anos (56,5%). Observou-se distribuição territorial heterogênea, com destaque para São Paulo e Roraima, além de expressiva participação da Região Norte. Quanto aos desfechos, embora a cura tenha representado o

principal resultado (52,0%), a ocorrência de abandono (15,6%) e óbitos demonstra desafios relacionados à continuidade e efetividade do cuidado.

Os resultados reforçam a importância de estratégias de vigilância e atenção à saúde que considerem as especificidades dos fluxos migratórios e as condições sociais e territoriais dessa população, fortalecendo ações de diagnóstico precoce, acompanhamento terapêutico e articulação entre os serviços do SUS. Novos estudos podem aprofundar a relação entre condições socioeconômicas, características dos fluxos migratórios e desfechos do tratamento da tuberculose entre imigrantes

REFERÊNCIAS

GARCIA, Klauss KS et al. Vinculação de dados para vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: revisão metodológica sistemática da literatura. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 29, p. e260045, 2026.

MACEDO, R. B.; SANTOS, L. M.; ALMEIDA, R. P. et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose Miliar nos Anos de 2019 a 2023 no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 10, p. 2133-2157, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n10p2133-2157.

SOUZA, M. R.; OLIVEIRA, J. F.; LIMA, R. P. et al. Space-Time Scan of Tuberculosis Indicators in Northeast Brazil: An Ecological and Time-Series Study over 20 Years (2001-2020). BMC Public Health, v. 25, p. 4115, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-24307-6.

BRAGA, R. C. B.; SILVA, M. A.; OLIVEIRA, T. R. et al. Epidemiology of Tuberculosis in Minas Gerais, Brazil, between 2013 and 2023, and the Impact of the COVID-19 Pandemic. Frontiers in Public Health, v. 13, p. 1642015, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1642015.

MONTELO, E. S.; RODRIGUES, Z. M. R.; SARDINHA, A. H. L. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose sobre Desfechos Relacionados à Raça e Cor no Brasil: Revisão Sistemática. SciELO Preprints, p. 1-15, 2025. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.12145.

SOUSA, Déric Rodrigues et al. Utilização do Banco de Dados DATASUS em Pesquisas Científicas sobre Saúde Pública no Brasil: Uma Revisão Narrativa. In: Congresso de Desenvolvimento e Ciência da Computação (CODEC). SBC, 2025. p. 55-61.

RIBEIRO, Roberta Ramos et al. Repercussão da pandemia da COVID-19 nas ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde: revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, p. e00992024, 2025.

COELHO, Eduardo Chaves Ferreira et al. Fatores que sustentam a elevada prevalência da tuberculose na região norte do Brasil: Uma análise epidemiológica de 2015 a 2020. Research, Society and Development, v. 14, n. 2, p. e7314248279-e7314248279, 2025.

TAVARES, Reginaldo Bazon Vaz et al. Recrudescimento da tuberculose no estado de São Paulo pós-covid-19: tendências e clusters. Revista de Saúde Pública, v. 59, p. e50, 2026.

CAVALCANTE NETO, Aristides Sampaio; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. Vulnerabilidade de imigrantes venezuelanos residentes em Boa vista, Roraima. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, p. e20230074, 2023.

CAPÍTULO 3
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DESFECHOS DO TRATAMENTO E REINGRESSO APÓS ABANDONO

Karol Costa de Carvalho
Thammirys Cristiane Miranda Leite
Marcos Enge Sousa Ribeiro
Davi Estevão
Erick Farias
Enzo Calderaro Abud
Gustavo Barros Lopes
Thainá dos Santos Pantoja
Arthur de Oliveira Pinto Gama
Débora Carolina Martins Corrêa
Lívia de Aguiar Valentim
Tatiane Costa Quaresma

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da tuberculose (TB) em pessoas privadas de liberdade no Brasil (2020-2025). **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados secundários do SINAN/DATASUS. **Resultados:** Das 62.472 notificações analisadas, houve predominância de homens (97,3%), adultos jovens de 20 a 39 anos (81,5%) e pessoas pardas (54,2%), com maior concentração na Região Sudeste (44,1%). A forma pulmonar correspondeu a 95,6%, com 82,3% de confirmação laboratorial. A cura representou 65,5% dos encerramentos e o abandono, 10,3%. Destaca-se o aumento significativo de reingressos após abandono do tratamento, que subiram de 8,2% em 2020 para 19,7% em 2025. **Conclusão:** A TB afeta majoritariamente homens jovens. O crescimento nos reingressos

evidencia a urgência de fortalecer o acompanhamento e a continuidade terapêutica no sistema prisional.
Palavras-Chave: Tuberculose. Pessoas privadas de liberdade. Epidemiologia. Sistema prisional. Vigilância em saúde.

Abstract
Objective: To analyze the epidemiological profile of tuberculosis (TB) among incarcerated individuals in Brazil (2020-2025). **Methodology:** A descriptive, retrospective, and quantitative epidemiological study using secondary data from SINAN/DATASUS. **Results:** Among 62,472 notifications, there was a predominance of men (97.3%), adults aged 20-39 (81.5%), and individuals of mixed race/brown skin (54.2%), mostly concentrated in the Southeast region (44.1%). The pulmonary form accounted for 95.6%, with an 82.3% laboratory confirmation rate. Cure reached 65.5% and abandonment 10.3%. Notably, cases of re-entry after abandonment increased from 8.2% in 2020 to 19.7% in 2025. **Conclusion:** TB predominantly affects young men. The rising rate of re-entries after abandonment emphasizes the critical need for continuous therapeutic follow-up within the prison system.
KEYWORDS: Tuberculosis. People Deprived of Liberty. Epidemiology. Prisons. Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis (Mtb)*, também conhecida como bacilo de Koch. Transmitida por via respiratória, a doença afeta principalmente os pulmões (Brasil, 2025). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente um quarto da população mundial tenha sido infectada pelo *Mtb*. Globalmente, a TB permanece entre as principais causas de morte por doenças infecciosas, representando importante problema de saúde pública (WHO, 2025).

No sistema prisional, a TB apresenta importante ocorrência epidemiológica, em um contexto marcado por fatores relacionados ao cárcere, como confinamento, superlotação, insalubridade da infraestrutura, ventilação inadequada e

alimentação precária. Essas condições podem dificultar a promoção e a manutenção da saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL). Além disso, estudos realizados com essa população identificam associação entre características sociodemográficas e clínicas e desfechos desfavoráveis do tratamento, como abandono e óbito (Ferreira *et al*., 2022). De acordo com Nóvoa-Lôbo *et al*. (2023), o número de custodiados pelo sistema prisional brasileiro aumentou aproximadamente 293% entre 2007 e 2019, ampliando a dimensão da população submetida às condições do sistema prisional.

Esse cenário também se reflete na ocorrência da TB, cuja frequência é descrita como superior entre PPL em comparação com a população geral (Nóvoa-Lôbo *et al*., 2023). Um estudo conduzido por Martins *et al*. (2023), que analisou 1.880 casos de TB no sistema prisional de Minas Gerais, identificou predominância de casos em homens, adultos jovens e pessoas pardas. O estudo também apontou associação entre a ocorrência de TB e o uso de álcool e outras drogas e a presença de comorbidades, como HIV/AIDS.

Além da ocorrência da doença, o ambiente prisional apresenta limitações nas estratégias de controle da TB. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul observou aumento da incidência da doença entre 2014 e 2018 e identificou limitações na confirmação laboratorial, na adesão ao tratamento diretamente observado e na investigação de contatos (Busatto *et al*., 2022).

Nesse contexto, a relevância desta pesquisa está relacionada tanto aos aspectos clínicos quanto às condições sociais e estruturais que podem estar relacionadas à ocorrência da doença.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico dos casos de Tuberculose notificados em pessoas privadas de liberdade no Brasil entre 2020 e 2025.

Objetivos Específicos

Caracterizar os casos notificados segundo variáveis sociodemográficas, incluindo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e região de residência;

Descrever as características clínicas, laboratoriais e relacionadas ao tipo de entrada dos casos de Tuberculose notificados;

Analisar o tipo de entrada dos casos, com destaque para casos novos e reingressos após abandono.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do SINAN, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo foi composta por todos os casos de TB notificados em PPL no Brasil no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2025. Os dados foram extraídos em agosto de 2026, por meio do TABNET/DATASUS, utilizando os filtros referentes ao período de janeiro de 2020 a dezembro de 2025, à população privada de liberdade (PPL: Sim) e ao período de 2020 a 2025, com recorte para o território brasileiro.

Foram analisadas as notificações classificadas no sistema como pertencentes à população privada de liberdade, considerando o período e o recorte territorial definidos para o

estudo. Foram incluídas todas as notificações disponíveis na base de dados que atendiam ao critério de população privada de liberdade no período analisado. Não foram utilizados dados que permitissem a identificação individual dos casos.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas, incluindo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, região de residência, forma clínica da doença, tipo de entrada, resultado da confirmação laboratorial e situação de encerramento do caso. As variáveis foram analisadas segundo sua distribuição no período estudado e, quando pertinente, segundo o ano de diagnóstico.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise descritiva, mediante cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis categóricas, as frequências relativas foram calculadas considerando-se o número de registros com informação disponível para a respectiva variável, quando aplicável.

Para avaliar possíveis associações entre o ano de diagnóstico e as variáveis categóricas selecionadas - região de residência, confirmação laboratorial, tipo de entrada e situação de encerramento - foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson. A magnitude das associações foi avaliada pelo V de Cramér, adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). As análises estatísticas foram realizadas no software Jamovi, versão 2.7.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, agregados e de acesso público, disponibilizados pelo DATASUS, sem acesso a informações que permitissem a identificação individual dos participantes. Por utilizar dados de domínio público e sem possibilidade de identificação dos indivíduos, o estudo se enquadra nas situações previstas na regulamentação ética aplicável às pesquisas com informações de acesso público. Foram consideradas, ainda, as disposições relacionadas à proteção

de dados pessoais previstas na Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

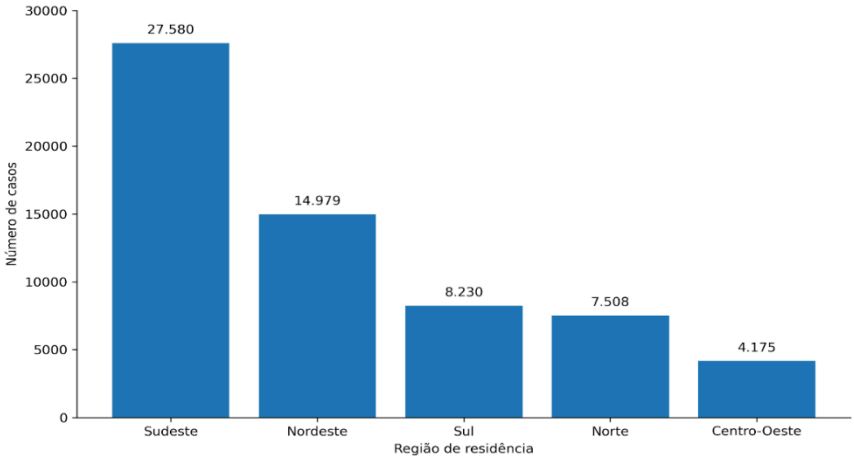
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Distribuição temporal e espacial dos casos

Entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025, foram notificados 62.472 casos de TB em PPL no Brasil. A distribuição anual das notificações apresentou variações ao longo da série histórica, com 16,5% (n = 10.316) dos casos em 2020, 15,7% (n = 9.809) em 2021, 17,1% (n = 10.699) em 2022, 17,8% (n = 11.100) em 2023, 16,7% (n = 10.460) em 2024 e 16,1% (n = 10.088) em 2025. Observou-se, portanto, oscilação no volume de notificações ao longo do período, com menor frequência em 2021 e maior frequência em 2023. A distribuição observada não permite, isoladamente, estabelecer os fatores responsáveis por essas variações. Esse comportamento pode estar relacionado, entre outros aspectos, a alterações na assistência, no diagnóstico e na vigilância epidemiológica durante e após a pandemia de COVID-19, embora esses fatores não tenham sido diretamente avaliados no presente estudo.

Quanto à distribuição espacial, observou-se concentração dos casos nas regiões Sudeste e Nordeste, que, juntas, representaram aproximadamente 68% das notificações. O Sudeste apresentou 44,1% dos casos (n = 27.580), seguido pelo Nordeste, com 24,0% (n = 14.979), Sul, com 13,2% (n = 8.230), Norte, com 12,0% (n = 7.508), e Centro-Oeste, com 6,7% (n = 4.175).

Figura 1. Distribuição dos casos de Tuberculose em pessoas privadas de liberdade segundo região de residência, Brasil, 2020–2025.



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SINAN/DATASUS (2020–2025).

A distribuição territorial apresentou baixa variação segundo o período analisado, conforme indicado pelo V de Cramér de 0,025, sugerindo associação de magnitude muito fraca entre o ano de diagnóstico e a região de residência. A maior concentração de casos no Sudeste deve, contudo, ser interpretada à luz da distribuição da população privada de liberdade no território nacional, uma vez que os números absolutos de notificações, isoladamente, não permitem estimar o risco individual de adoecimento ou comparar taxas de ocorrência entre as regiões. A concentração de notificações observada pode estar relacionada à distribuição da população privada de liberdade e a diferenças na detecção e notificação dos casos, entre outros fatores que não foram avaliados neste estudo.

Estudos nacionais descrevem maior ocorrência de TB entre PPL em comparação com a população geral, destacando a relevância das condições de encarceramento para a epidemiologia da doença (Nóvoa-Lôbo *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2022). Esses achados fornecem contexto para a interpretação dos resultados

observados no presente estudo, mas não permitem estabelecer que as condições estruturais do sistema prisional tenham determinado a distribuição regional encontrada.

Caracterização sociodemográfica

Quanto às características sociodemográficas, houve predominância do sexo masculino, correspondente a 97,3% (n = 60.814) dos casos. A faixa etária de 20 a 39 anos concentrou 81,5% das notificações (n = 50.897), enquanto pessoas autodeclaradas pardas representaram 54,2% (n = 33.870). Entre os registros com escolaridade informada, 42,4% correspondiam à categoria de 5ª a 8ª série incompleta.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos notificados no período de 2020 a 2025 (n = 62.472).

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	60.814	97,3
	Feminino	1.654	2,6
	Ignorado	4	0,0
Faixa etária (anos)	20 a 39	50.897	81,5
	40 a 59	9.259	14,8
	15 a 19	1.026	1,6
	60 ou mais	991	1,5
	Menores de 15	275	0,4
	Em branco/Ignorado	24	0,0
Raça/Cor	Parda	33.870	54,2
	Branca	14.616	23,4
	Preta	7.529	12,1
	Amarela	674	1,1
	Indígena	237	0,4
	Ignorado/Em branco	5.546	8,9
Escolaridade	5ª a 8ª série incompleta (EF)	17.819	28,5
	Ensino médio incompleto	8.062	12,9
	1ª a 4ª série incompleta (EF)	4.389	7,0
	Ensino fundamental completo	3.862	6,2
	Ensino médio completo	2.912	4,7
	Analfabeto	838	1,3
	Educação superior (inc/comp)	702	1,1
	Não se aplica	709	1,1
	Ignorado/Em branco	20.420	32,7
Total	—	62.472	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SINAN/DATASUS (2020–2025).

Nota: Os percentuais apresentados na tabela foram calculados sobre o total de notificações. Foram também calculadas proporções entre os registros válidos, excluindo ignorados/em branco.

Os resultados são semelhantes aos encontrados por Martins *et al*. (2023) em estudo realizado no sistema prisional de Minas Gerais, que também identificou predominância de casos entre homens, adultos jovens e pessoas autodeclaradas pardas. A distribuição sociodemográfica observada no presente estudo caracteriza o conjunto de notificações analisadas, mas não permite inferir, isoladamente, que sexo, idade ou raça/cor constituam fatores determinantes para a ocorrência da TB nessa população.

A maior frequência de indivíduos adultos jovens e a distribuição observada segundo escolaridade podem ser interpretadas no contexto das características sociodemográficas da população privada de liberdade. Entretanto, a partir do desenho descritivo e das variáveis analisadas, não é possível estabelecer relação causal entre essas características e a ocorrência da doença. Ferreira *et al.* (2022) identificaram associação entre características sociais e clínicas e desfechos desfavoráveis do tratamento da TB no contexto prisional, reforçando a importância de considerar esses aspectos na análise da assistência à população privada de liberdade.

Observou-se ainda variação na completude de algumas variáveis do SINAN ao longo do período. Para raça/cor, a proporção de registros ignorados passou de 11,3% em 2022 para 3,5% em 2025. A variável escolaridade também apresentou redução da proporção de informações ausentes ao longo do período analisado, conforme os dados apresentados na tabela correspondente. Apesar da maior frequência de ensino fundamental incompleto entre os registros válidos, a interpretação dessa variável deve considerar a elevada proporção de escolaridade ignorada/em branco no conjunto da série (32,7%).

A redução dos registros ignorados e ausentes pode contribuir para maior disponibilidade de informações para a caracterização epidemiológica dos casos. Entretanto, a completude das variáveis não permite, por si só, avaliar a qualidade global do processo de vigilância ou determinar as razões para as mudanças observadas no preenchimento. Estudos realizados no sistema prisional

demonstram limitações no preenchimento de algumas variáveis relacionadas ao acompanhamento da TB, especialmente tratamento diretamente observado e exames de seguimento, o que reforça a importância da qualificação dos registros e da integração entre os serviços envolvidos no acompanhamento dos casos (Busatto *et al.*, 2022).

Características clínicas, laboratoriais e desfechos

A forma pulmonar foi predominante, correspondendo a 95,6% dos casos (n = 59.754), com proporção semelhante ao longo do período analisado, conforme apresentado nos dados da série histórica. A elevada frequência dessa apresentação clínica é relevante para a epidemiologia da doença no ambiente prisional, considerando que a TB pulmonar está relacionada à transmissão respiratória do Mycobacterium tuberculosis. As características do ambiente prisional, incluindo confinamento, aglomeração e ventilação inadequada, podem favorecer a transmissão da doença; contudo, tais fatores não foram diretamente mensurados no presente estudo. Nóvoa-Lôbo *et al*. (2023) também descrevem elevada ocorrência de TB entre PPL em relação à população geral.

Em relação ao diagnóstico, 82,3% dos casos (n = 51.439) apresentaram confirmação laboratorial. Houve aumento desse indicador ao longo do período, passando de 77,8% em 2020 para 85,8% em 2024, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Esse resultado demonstra aumento da proporção de notificações com confirmação laboratorial ao longo do período analisado, mas não permite determinar isoladamente os fatores responsáveis por essa variação. Busatto *et al.* (2022) identificaram limitações relacionadas à confirmação laboratorial da TB em estudo realizado no Rio Grande do Sul, contexto que reforça a importância da disponibilidade e utilização de métodos diagnósticos adequados no acompanhamento da doença em ambientes prisionais.

Quanto ao tipo de entrada, os casos novos foram predominantes, correspondendo a 70,4% das notificações. No conjunto do período, os casos classificados como reingresso após abandono corresponderam a 14,2% das notificações. Entretanto, observou-se aumento dessa categoria ao longo da série histórica, passando de 8,2% em 2020 para 19,7% em 2025. Essa variação corresponde a um aumento de 11,5 pontos percentuais, equivalente a aproximadamente 140% de elevação relativa na proporção de notificações classificadas nessa categoria. O achado indica aumento da participação dessa categoria entre as notificações ao longo do período e pode estar relacionado a desafios na continuidade terapêutica, embora o presente estudo não permita determinar os fatores associados a esse comportamento.

Quanto à situação de encerramento, a cura correspondeu a 65,5% das notificações, o abandono a 10,3% e as transferências a 10,1%. Esses percentuais devem, contudo, ser interpretados considerando a completude dos registros ao longo da série. Em 2025, 40,0% das notificações apresentavam a situação de encerramento registrada como ignorada ou em branco, proporção superior à observada nos anos anteriores.

Esse achado pode estar relacionado à ausência de consolidação dos desfechos dos casos mais recentes e limita a comparação direta de cura, abandono e demais situações de encerramento entre 2025 e os anos precedentes. Dessa forma, os indicadores agregados de encerramento para o período de 2020 a 2025 devem ser interpretados com cautela. Busatto *et al*. (2022) também apontaram limitações relacionadas à adesão ao tratamento diretamente observado e à investigação de contatos no contexto prisional.

A proporção de transferências também merece destaque, pois a movimentação das PPL entre diferentes unidades pode dificultar a continuidade do acompanhamento e do tratamento. Entretanto, os dados analisados não permitem determinar se as transferências registradas resultaram em interrupção terapêutica,

perda de informações clínicas ou falhas na comunicação entre os serviços. Dessa forma, os resultados relacionados ao abandono, ao reingresso após abandono e às transferências devem ser interpretados como indicadores distintos relacionados ao acompanhamento dos casos, evitando-se pressupor uma relação causal entre essas categorias.

Tabela 2. Características relacionadas ao tipo de entrada e à situação de encerramento dos casos de Tuberculose notificados em pessoas privadas de liberdade, segundo o ano de diagnóstico, Brasil, 2020–2025 (n = 62.472).

Domínio	Variável / Categoria	Total do período (2020–2025)		Associação com o ano de diagnóstico (2020–2025)		
		n	%	χ^2 (gl)	Valor-p	V de Cramér[1] (magnitude)
1. TIPO DE ENTRADA *(Evolução de destaque: casos novos ↓ de 75,6% em 2020 para 66,3% em 2025; reingresso após abandono ↑ de 8,2% em 2020 para 19,7% em 2025)*	Caso novo	43.953	70,4	916 (20)	< 0,001	0,054 (fraca)
	Reingresso após abandono	8.898	14,2			
	Recidiva	7.654	12,3			
	Transferência	1.671	2,7			
	Não sabe (ignorado)	228	0,4			
	Pós óbito	68	0,1			
	Total	**62.472**	**100,0**			
2. SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO (DESFECHO) *(Evolução de destaque: proporção de "Ignorado/ Em branco" saltou para 40,0% em 2025)*	Cura	40.934	65,5	691 (40)	< 0,001	0,047 (muito fraca)
	Abandono	6.438	10,3			
	Transferência	6.317	10,1			
	Óbito por outras causas	634	1,0			
	Óbito por tuberculose	607	1,0			
	TB-DR (tuberculose drogorresistente)	572	0,9			
	Abandono primário	282	0,5			
	Mudança de esquema	134	0,2			
	Falência	35	0,1			
	Ignorado/Em branco	6.519	10,4			
	Total	**62.472**	**100,0**			

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SINAN/DATASUS (2020–2025).
Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; χ^2 = teste do qui-quadrado; gl = graus de liberdade; V de Cramér = coeficiente de associação.

Os resultados relacionados ao tipo de entrada e à situação de encerramento indicam a presença de diferentes padrões ao longo do período analisado. A interpretação desses achados deve considerar que os dados são provenientes de notificações do SINAN e refletem os registros disponíveis no sistema, não

permitindo avaliar diretamente fatores individuais ou institucionais associados aos diferentes desfechos.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico das notificações de TB em PPL no Brasil entre 2020 e 2025, evidenciando predominância de casos entre homens, adultos de 20 a 39 anos e indivíduos autodeclarados pardos. A maior concentração de notificações ocorreu na Região Sudeste; contudo, esse achado deve ser interpretado com cautela, uma vez que a análise foi baseada em números absolutos e não incorporou denominadores correspondentes à população privada de liberdade de cada região, não sendo possível inferir diferenças de risco entre os territórios. A elevada incompletude da variável escolaridade também limita a caracterização mais precisa do perfil educacional dos casos.

A forma pulmonar predominou amplamente entre as notificações, reforçando a relevância epidemiológica da tuberculose respiratória no contexto prisional. A confirmação laboratorial esteve presente na maioria dos registros, com aumento de sua proporção ao longo do período analisado. Entre os tipos de entrada, os casos novos permaneceram predominantes, porém destacou-se o aumento da participação dos reingressos após abandono do tratamento, de 8,2% em 2020 para 19,7% em 2025, achado que aponta para a necessidade de atenção à continuidade terapêutica e ao acompanhamento longitudinal das pessoas privadas de liberdade.

Quanto à situação de encerramento, a cura representou a maior proporção dos registros, seguida pelo abandono e pelas transferências. Entretanto, esses desfechos devem ser interpretados com prudência, especialmente em 2025, quando 40,0% das notificações apresentavam situação de encerramento ignorada ou em branco, o que limita a comparação direta com os

anos anteriores e a interpretação dos indicadores agregados do período.

Os achados reforçam a importância do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno, acompanhamento dos casos e continuidade do tratamento no sistema prisional, bem como da qualificação do preenchimento das informações no SINAN. Considerando as limitações inerentes ao uso de dados secundários, à possibilidade de subnotificação, à incompletude de algumas variáveis e à ausência de denominadores populacionais específicos, os resultados devem ser compreendidos como uma descrição do perfil das notificações disponíveis, sem permitir inferências causais ou estimativas diretas de risco. Ainda assim, o estudo fornece evidências relevantes para o planejamento de ações de controle da tuberculose entre pessoas privadas de liberdade e destaca a necessidade de estratégias que favoreçam o acompanhamento terapêutico contínuo e a qualidade da vigilância nesse contexto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2025*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025. Acesso em: 5 set. 2026.

BUSATTO, Caroline et al. Tuberculosis in prison inmates in Southern Brazil: investigating the epidemiological and operational indicators. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 55, e0052-2022, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0052-2022. Acesso em: 5 set. 2026.

FERREIRA, Melisane Regina Lima et al. Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4451-4459, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.08632022. Acesso em: 5 set. 2026.

MARTINS, Marcos Vinicius Teixeira et al. Perfil epidemiológico de la tuberculosis en la población carcelaria de Minas Gerais, Brasil. *Población y Salud en Mesoamérica*, San Pedro, v. 20, n. 2, p. 1-18, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.15517/psm.v20i2.50840. Acesso em: 5 set. 2026.

NÓVOA-LÔBO, Nancy Meriane de; CAMPOS, Mônica Rodrigues; PIRES, Débora Castanheira. Tuberculose no sistema prisional brasileiro: cenários via Joinpoint entre 2007 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 9, e00166722, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT166722. Acesso em: 5 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2025*. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924. Acesso em: 5 set. 2026.

CAPÍTULO 4
VIVÊNCIA ACADÊMICA EM COMUNIDADE RIBEIRINHA POR MEIO DO DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO: CONTRIBUIÇÕES PARA A EQUIDADE EM SAÚDE E PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Eduarda Mel da Silva Frota
Elycia Manoelle dos Santos Pinheiro
Osvaldo Pinheiro de Oliveira
Lúryan Cristine Almeida Noronha
Ana Beatriz Gomes de Sousa
Clara Nínive Santos Vieira
Luis Fernando Siqueira da Silva
Samilly Nogueira de Souza
Sandra Maria Sousa da Silva

Resumo

As populações ribeirinhas da Amazônia enfrentam desigualdades no acesso aos serviços de saúde relacionadas às barreiras geográficas, sociais e organizacionais. Este capítulo teve como objetivo relatar a experiência da utilização do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) para identificar necessidades de saúde de uma comunidade ribeirinha amazônica e refletir sobre suas contribuições para a promoção da equidade em saúde. Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, desenvolvido a partir de atividades realizadas em 2023 envolvendo a comunidade de Jamaraquá, localizada na Floresta Nacional do Tapajós, município de Belterra/PA, no âmbito da disciplina Interação na Base Real (IBR), do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará. Participaram do DRP 12 moradores, utilizando-se a Árvore de Problemas, a Matriz de Cenário de Alternativas e o Diagrama de Venn. Entre as principais necessidades apontadas destacaram-se dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a ausência de acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde

(ACS), a escassez de ações educativas, o uso de álcool e outras drogas e a gravidez na adolescência. A experiência evidenciou que o DRP favoreceu a escuta qualificada, a valorização dos saberes locais e o protagonismo comunitário, constituindo-se em estratégia pertinente para compreender necessidades de saúde e discutir caminhos para a promoção da equidade.
Palavras-Chaves: Acessibilidade aos serviços de saúde. Promoção da saúde. Determinantes sociais da saúde. Participação da comunidade.

Abstract
Riverine populations in the Amazon face inequalities in access to health services due to geographic, social, and organizational barriers. This chapter aims to report on the experience of using Rapid Participatory Appraisal (RPA) to identify the health needs of an Amazonian riverine community and to reflect on its contributions to promoting health equity. This is a descriptive experience report based on activities carried out in 2023 involving the Jamaraquá community, as part of the Interação na Base Real (IBR) course in the Bachelor's Degree in Pharmacy program at the Federal University of Western Pará. During the RPA, 12 residents participated, using the Problem Tree, the Scenario Matrix, and the Venn Diagram. Issues reported included difficulties accessing services, a lack of follow-up by Community Health Agents (CHAs), a scarcity of educational initiatives, alcohol and drug use, and teenage pregnancy. The experience demonstrated that PRA facilitated active listening, recognition of local knowledge, and community empowerment, constituting a relevant strategy for understanding health needs and discussing pathways toward promoting health equity.
Keywords: Health Services Accessibility. Social Determinants of Health. Community Participation.

INTRODUÇÃO

As populações ribeirinhas da Amazônia são grupos tradicionais cujos modos de vida e estratégias de subsistência são moldados pelos ciclos sazonais dos rios[1]. Estes grupos vivem em uma relação simbiótica com o ecossistema fluvial, dependendo de atividades como a pesca artesanal, a agricultura de várzea e o

extrativismo[2]. Devido à baixa densidade demográfica e ao isolamento geográfico severo, a locomoção é predominantemente fluvial, o que torna os deslocamentos até os centros urbanos jornadas demoradas, fisicamente desgastantes e exigem alto valor financeiro às famílias[3].

A saúde destas comunidades é profundamente influenciada por determinantes sociais e socioambientais que perpetuam ciclos históricos de vulnerabilidade, destacando-se a ausência quase total de saneamento básico e o acesso restrito à água potável[4]. Essa carência estrutural favorece a manutenção de altas taxas de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo em crianças, e se soma à insegurança alimentar e à dificuldade de conservação de medicamentos e insumos em regiões sem eletrificação constante As desigualdades no acesso aos serviços são evidenciadas pela extrema centralização de recursos especializados e profissionais médicos nas capitais estaduais, criando barreiras geográficas e organizacionais que isolam as populações rurais dos cuidados de saúde[5].

Para mitigar essas assimetrias históricas, o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) atua como o principal vetor para a reorganização do atendimento na região, reconhecendo as singularidades geográficas e culturais da Amazônia [1, 2]. Através da Política Nacional de Atenção Básica, foram instituídas as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e Ribeirinhas, que operam a bordo de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) projetadas para levar o padrão de atendimento clínico aos afluentes mais remotos[1,6]. Esse modelo busca descentralizar a atenção primária e deslocar o serviço de saúde diretamente para onde as comunidades residem, embora sua eficácia plena ainda enfrente desafios logísticos, fiscais e de manutenção de profissionais em áreas isoladas[7].

O acesso limitado aos serviços de saúde permanece um desafio para o SUS, especialmente nas comunidades ribeirinhas, devido às dificuldades de descentralização e garantia de acesso equitativo [8]. Apesar dos constantes desafios sobre essa ótica, ainda

há ausência de informações pontuais que serviriam para embasar a literatura sobre os problemas reais enfrentados pelos ribeirinhos na busca de acessar os serviços de saúde, pois ao entender melhor as verdadeiras demandas, o planejamento de ações de intervenção poderia ser melhor conduzido e modulado, a fim de tentar corrigir de maneira ideal as dificuldades apresentadas pelos comunitários[9].

Nesse sentido, o estudo detém grande relevância para o avanço nas políticas públicas, considerando os aspectos que as envolvem como sendo fatores relacionados aos determinantes sociais, culturais e sociodemográficos que afetam essas populações[10]. Pesquisadores e profissionais de saúde devem promover a participação social, utilizando ferramentas como o DRP para identificar as necessidades prioritárias da comunidade e fortalecer sua autonomia na busca por soluções.[11]. Dessa forma, os estudos poderão auxiliar para criação de novas políticas públicas que visem a melhoria de acesso mais igualitário e eficaz para determinadas áreas.

A presente experiência foi desenvolvida no âmbito da disciplina Interação na Base Real (IBR), componente curricular integrante da Formação Interdisciplinar do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Farmácia, a disciplina propõe a definição e discussão de projetos a partir da análise da realidade local, articulando os condicionantes sociais do processo saúde-doença às implicações para o bem-estar da população amazônica[12]. Nesse contexto, a vivência relatada possibilitou aos discentes aproximarem-se do território, dos saberes comunitários e das demandas concretas relacionadas à saúde.

Tendo em vista as especificidades territoriais e as desigualdades que afetam populações tradicionais residentes em áreas não urbanas, este capítulo tem por objetivo relatar a experiência da utilização do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) como estratégia para identificar necessidades de saúde de

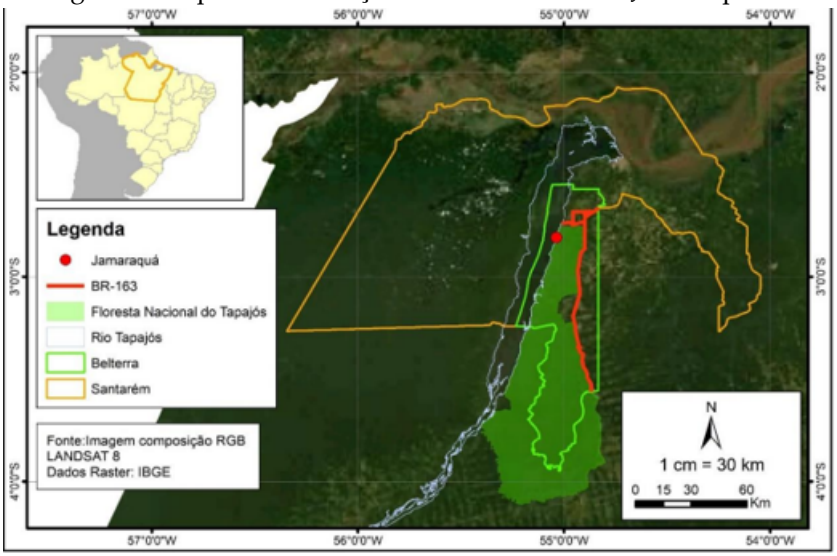
uma comunidade ribeirinha amazônica e refletir sobre suas contribuições para a promoção da equidade em saúde para a formação acadêmica em saúde.

METODOLOGIA

Este capítulo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem reflexiva, construído a partir das vivências desenvolvidas durante o módulo II da disciplina Interação na Base Real (IBR), componente curricular dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). A disciplina tem como propósito aproximar os estudantes da realidade dos territórios e dos serviços de saúde, promovendo a integração entre ensino, comunidade e Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de atividades de campo e metodologias participativas.

A experiência ocorreu no ano de 2023, na comunidade de Jamaraquá, localizada na Unidade de conservação da Floresta Nacional do Tapajós (FLONA), a aproximadamente 25 km do centro urbano de Belterra, e a 75 km da cidade de Santarém, oeste do estado do Pará *(Figura 1)*. A atividade foi realizada durante visita técnica das turmas da disciplina e teve como objetivo promover a aproximação entre os acadêmicos e a comunidade, possibilitando a identificação das principais demandas relacionadas à saúde e aos determinantes sociais que influenciam as condições de vida da população local.

Figura 1. Mapa de localização da comunidade de Jamaraquá 13



Fonte: Matos (2021, apud Cruz, 2021)

Como estratégia de interação com a comunidade, foi utilizado o Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), no qual os moradores contribuíram voluntariamente em discussões coletivas acerca das necessidades e potencialidades da comunidade. Para a condução do DRP, foram empregadas três ferramentas participativas: a *Árvore de Problemas*, utilizada para identificar o problema central e analisar as relações de causa e efeito associadas às questões levantadas pelos participantes; a *Matriz de Cenário de Alternativas*, destinada à construção coletiva de estratégias de enfrentamento para os problemas identificados, considerando sua viabilidade e potencial de implementação; o *Diagrama de Venn*, utilizado para mapear as instituições, organizações e atores sociais relacionados à comunidade, evidenciando vínculos, parcerias e possíveis lacunas na articulação com os serviços públicos.

Ao final das atividades, os problemas, as potencialidades e as propostas de intervenção elencados pelos moradores foram sistematizados pelos acadêmicos e docentes responsáveis,

constituindo a base para a reflexão apresentada neste relato. A análise foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, articulando as experiências vivenciadas em campo com a literatura científica sobre comunidades ribeirinhas, determinantes sociais da saúde, equidade em saúde, participação comunitária e formação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

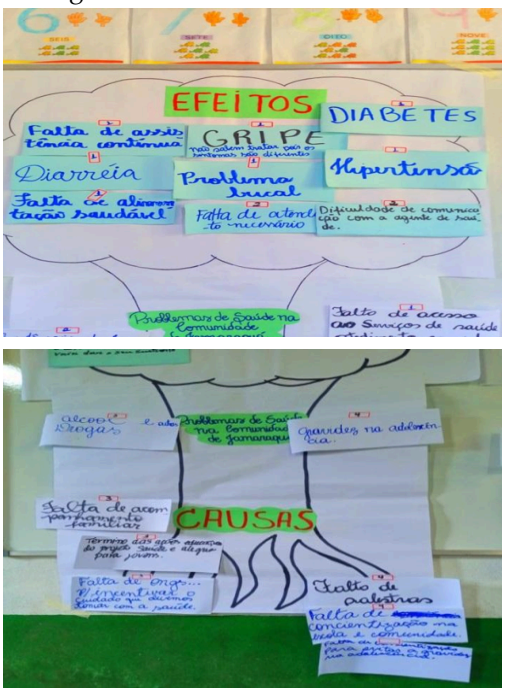
Aplicação do diagnóstico rápido participativo na comunidade de Jamaraquá

O DRP ocorreu em 06 de junho de 2023, com a participação de 12 moradores da comunidade de Jamaraquá. Durante a aplicação das ferramentas, os comunitários foram convidados a compartilhar experiências, percepções, preocupações e propostas relacionadas às condições de saúde e aos desafios vivenciados no território, favorecendo a construção coletiva do diagnóstico da comunidade. Ao final das atividades, as informações do DRP foram sistematizadas, identificando as principais necessidades de saúde, potencialidades e estratégias de enfrentamento apontadas pela comunidade.

Árvore de problemas: identificação das necessidades prioritárias em saúde

A aplicação da ferramenta Árvore de Problemas possibilitou a identificação participativa das principais necessidades de saúde percebidas pelos moradores da comunidade de Jamaraquá. Os participantes identificaram os principais problemas de saúde da comunidade, relacionando suas causas e consequências e ampliando a compreensão dos fatores que influenciam a saúde local. *(Figuras 2 e 3)*.

Figuras 2 e 3. Árvore de Problemas



Fonte: Autoria própria

Entre as causas apontadas pelos moradores destacaram-se o acesso limitado aos serviços de saúde, falta de acompanhamento e comunicação com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), a escassez de palestras e ações de educação em saúde, a falta de conscientização da população - especialmente entre adolescentes - e fatores comportamentais, como o uso de álcool e outras drogas. Além de aspectos relacionados aos hábitos alimentares e ao sedentarismo, reconhecidos como fatores que contribuem para o agravamento das condições de saúde da comunidade.

Como efeitos dessas dificuldades, foram apontadas: a ocorrência de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, problemas de saúde bucal, episódios de diarreia, gripe recorrente, gravidez na adolescência e a percepção de assistência à saúde insuficiente ou descontínua. Os moradores

destacaram ainda que a dificuldade de acesso aos serviços compromete a prevenção de doenças e favorece o agravamento de condições por falta de acompanhamento básico.

Os problemas de saúde identificados pela comunidade não se restringem à ocorrência de doenças, mas refletem um conjunto de determinantes sociais e organizacionais que influenciam o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Assim, a limitação dos serviços ofertados, as barreiras geográficas, a fragilidade da promoção da saúde e as dificuldades de comunicação contribuem para as desigualdades em saúde nas áreas remotas.

Matriz de cenário de alternativas: estratégias propostas pela comunidade

Após a identificação dos principais problemas de saúde por meio da Árvore de Problemas, foi aplicada a Matriz de Cenário de Alternativas. Esta ferramenta possibilitou aos moradores discutir e propor estratégias para o enfrentamento de necessidades priorizadas, os problemas priorizados e as estratégias apontadas estão descritas na *Tabela 1*.

Tabela 1. Matriz de Cenário de Alternativas

Problema priorizado	**Estratégias propostas pelos moradores**
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	Equipe capacitada, posto de saúde com funcionamento contínuo, transporte para atendimento
Ausência do ACS	ACS exclusivo para a comunidade, ampliação da equipe, reuniões e ações comunitárias
Uso de álcool e outras drogas	Campanhas educativas, acompanhamento dos jovens, parcerias com Conselho Tutelar e demais instituições
Gravidez na adolescência	Educação sexual, campanhas de conscientização, apoio familiar e orientação sobre planejamento reprodutivo

Fonte: Autoria própria

Para o problema relacionado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os participantes sugeriram o fortalecimento da assistência prestada pela Unidade Básica de Saúde, destacando a necessidade de uma equipe capacitada para o primeiro atendimento, ampliação da disponibilidade de profissionais e implantação de um posto de saúde com funcionamento contínuo, visto que o mais próximo ainda era localizado na comunidade vizinha. Também foi mencionada a importância da oferta de transporte adequado para facilitar o deslocamento dos moradores aos serviços de saúde quando necessário.

Em relação à falta de acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), os moradores apontaram como alternativas a ampliação do número de profissionais, a designação de um ACS exclusivo para atender a comunidade de Jamaraquá e a realização de reuniões periódicas e ações comunitárias durante os períodos de férias do agente responsável. Essas propostas evidenciam a percepção da comunidade quanto à importância do vínculo entre o ACS e os moradores para o acompanhamento das famílias e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

No que se refere ao uso de álcool e outras drogas, os participantes sugeriram o fortalecimento das ações educativas e preventivas, incluindo campanhas de conscientização, palestras e parcerias com o Conselho Tutelar e outras instituições locais. Além disso, destacaram a necessidade de maior acompanhamento dos jovens pela comunidade, especialmente nos finais de semana, reconhecendo que o enfrentamento desse problema exige a atuação integrada da família, da escola, dos serviços de saúde e de outros setores da sociedade.

Para a gravidez na adolescência, foram propostas ações de educação em saúde voltadas à saúde sexual e reprodutiva, campanhas de conscientização sobre métodos contraceptivos e fortalecimento do diálogo entre adolescentes, famílias e profissionais de saúde. Os moradores ressaltaram que o apoio familiar e o acesso à informação são fundamentais para reduzir a ocorrência de gestações não planejadas entre adolescentes.

De maneira geral, as alternativas construídas pelos participantes demonstraram que a comunidade reconhece a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, ampliar as ações de educação em saúde e promover maior integração entre os serviços públicos e os moradores. As propostas evidenciam uma compreensão de que o enfrentamento dos problemas de saúde depende não apenas da ampliação da oferta de serviços, mas também da participação ativa da comunidade e da articulação intersetorial.

Diagrama de venn: relações institucionais e redes de apoio

O Diagrama de Venn representa a percepção da comunidade Jamaraquá sobre as instituições e organizações que compõem sua rede de apoio, considerando o grau de proximidade e interação entre elas. Quanto mais próxima do centro do diagrama, maior é a participação e a influência da instituição no cotidiano da comunidade; quanto mais distante, menor é o vínculo percebido *(Figura 4)*.

Figura 4. Diagrama de Venn



Fonte: Autoria própria

No centro encontra-se a Comunidade Jamaraquá. No círculo mais interno aparecem as instituições consideradas mais próximas: Grupo de Biojoias, Grupo de Condutores, Igreja, ASMORJA (Associação de Moradores do Jamaraquá), Prefeitura de Belterra, Caixa Econômica Federal e Delegacia de Polícia. No círculo intermediário estão a Defesa Civil, UFOPA, EMATEC, ICMBio e a cooperativa Sicredi, demonstrando relações existentes, porém menos frequentes ou mais específicas. No círculo mais externo aparecem instituições com menor interação cotidiana, como ONGs, Museu Akua, Conflona e Corpo de Bombeiros.

A partir das informações fornecidas pelos moradores por meio desta ferramenta, observa-se que não aparecem no diagrama uma escola, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Secretaria Municipal de Saúde. Esse resultado não permite afirmar a inexistência desses serviços, mas sugere que eles não foram reconhecidos pelos participantes como integrantes de sua rede de

apoio mais próxima no momento da construção do mapa. A interpretação é relevante porque evidencia a percepção comunitária sobre a proximidade e a efetividade das redes institucionais de apoio, aspecto diretamente relacionado à discussão sobre acesso e equidade em saúde.

Contribuições do drp para a promoção da equidade em saúde

Durante o trabalho de campo, os discentes tiveram a oportunidade de atuar de forma colaborativa na compreensão das necessidades locais. Essa experiência favoreceu a aproximação dos estudantes com as demandas concretas do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para uma formação orientada ao cuidado integrado e menos fragmentado. A integração ensino-serviço-comunidade favorece a compreensão dos determinantes sociais e contribui para uma visão ampliada do processo saúde-doença[14]. Além disso, a vivência na comunidade contribuiu para deslocar o olhar exclusivamente biomédico hegemônico, permitindo ao acadêmico compreender a saúde em sua dimensão territorial, social e cultural.

O trabalho de campo mostrou de perto como a distância geográfica e o isolamento afastam os ribeirinhos do SUS. Fatos enfatizados na construção do Diagrama de Venn, como a dificuldade financeira com transporte e a ausência de visitas regulares de Agentes comunitários de Saúde (ACS), demonstram o distanciamento entre as diretrizes teóricas das políticas de saúde e sua execução prática. Exemplificando a principal falha na Atenção Primária: à dificuldade de aplicar leis e diretrizes em ações que alcancem o cotidiano das comunidades rurais e do "território líquido"[15] . A"invisibilidade" dessas populações agrava as iniquidades no acesso à assistência especializada e primária[8].

Um dos principais marcos pedagógicos dessa vivência foi a consolidação da escuta qualificada e a valorização dos saberes da comunidade. Ao utilizarem o DRP, os estudantes passaram por uma mudança de perspectiva: a comunidade tradicional deixou

de ser vista como um objeto passivo de pesquisa e assumiu o papel de sujeito ativo. A participação social ativa faz surgir novos saberes técnicos e práticos, permitindo que a vivência prática da população dialogue diretamente com o saber científico dos alunos[16]. Tal diálogo é essencial para intervenções bem-sucedidas, pois possibilita estratégias culturalmente apropriadas[17].

Diante da falta de assistência contínua, os moradores desenvolvem estratégias próprias de enfrentamento e redes de apoio mútuo. Ao sistematizar essas dificuldades na Matriz de Alternativas, o diagnóstico participativo incentivou o protagonismo da comunidade, estimulando a população a propor soluções adequadas à sua realidade local[18]. A avaliação participativa constitui-se como um processo emancipatório, onde os membros da comunidade constroem saber sobre sua própria vulnerabilidade para enfrentar[19]. Em última análise, o DRP contribui para a redução das desigualdades ao dar voz a populações historicamente desfavorecidas, subsidiando o planejamento de políticas públicas territorializadas e intersetoriais que garantam o direito à cidadania plena[9,11].

A vivência acadêmica no contexto da disciplina Interação na Base Real (IBR) ultrapassa a dimensão de uma atividade técnica, constituindo-se como espaço de formação crítica, humanista e socialmente comprometida. A inserção direta na realidade amazônica permite que a universidade cumpra sua função social ao mediar o encontro entre ciência e vida, incentivando o desenvolvimento de uma prática reflexiva e comprometida com a justiça social e com a redução das desigualdades regionais. Ao vivenciar as limitações logísticas e a potência organizativa da comunidade, os futuros profissionais de saúde podem incorporar a participação social como dimensão central para o planejamento de ações de cuidado t e de gestão pública em áreas remotas.

Por fim, é importante ressaltar que, para as comunidades situadas nos afluentes mais distantes e isolados, a efetividade do SUS depende de modelos assistenciais que considerem a fluidez do território. Nesse cenário, o acesso à saúde ocorre

principalmente por meio da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Abaré, que desempenha o papel na aproximação dos serviços à população. A atuação do Abaré é um vetor de equidade, pois ao deslocar a equipe e a infraestrutura clínica diretamente para as margens onde os ribeirinhos residem, consegue mitigar as barreiras geográficas e assegurar a oferta de serviços em locais historicamente desassistidos, fortalecendo o vínculo entre o Estado e as populações das regiões de rios.

CONCLUSÃO

A experiência acadêmica desenvolvida na comunidade de Jamaraquá, por meio da disciplina Interação na Base Real (IBR), possibilitou compreender, a partir da perspectiva dos próprios moradores, os principais desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde e aos determinantes sociais que interferem nas condições de vida da população ribeirinha. A aplicação do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) mostrou-se uma estratégia relevante para a construção coletiva do diagnóstico, uma vez que favoreceu a escuta qualificada, a valorização dos saberes locais e o protagonismo comunitário na identificação de problemas, potencialidades e possibilidades de intervenção.

Para a formação dos discentes, a experiência proporcionou uma aproximação concreta com a realidade do território amazônico e com as limitações enfrentadas na implementação das políticas públicas de saúde. O contato direto com os moradores permitiu compreender que o cuidado em saúde não deve ser centrado exclusivamente na perspectiva biomédica, mas construído a partir da realidade territorial e do diálogo entre conhecimento científico e saberes comunitários. Dessa forma, a vivência contribuiu para o desenvolvimento de uma formação acadêmica mais crítica, humanizada e comprometida com a participação social e com a redução das desigualdades.

Conclui-se, portanto, que o DRP constituiu uma ferramenta importante tanto para a identificação participativa das

necessidades de saúde da comunidade de Jamaraquá quanto para o fortalecimento do protagonismo dos moradores na construção de alternativas relacionadas à sua própria realidade. As principais dificuldades identificadas evidenciam que a equidade em saúde depende de respostas territorializadas e articuladas às condições concretas de vida da população. As ferramentas participativas utilizadas favoreceram a expressão das percepções comunitárias e a construção coletiva de possibilidades de enfrentamento.

Ressalta-se, contudo, que se trata de uma experiência situada em uma única comunidade e realizada com 12 participantes, não sendo possível generalizar seus achados para todas as populações ribeirinhas. Assim, o relato evidencia a relevância da aproximação entre universidade, comunidade e serviços de saúde para a formação de profissionais preparados para atuar em contextos de vulnerabilidade e para a construção de respostas mais adequadas às necessidades das populações locais, bem como para a construção de práticas mais sensíveis às especificidades territoriais e sociais da Amazônia.

REFERÊNCIAS

FIGUEIRA MC, Marques D, Vilela MF, Pereira JA, Bazílio J, Silva EM. Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. Rural and Remote Health 2020; 20: 5522. https://doi.org/10.22605/RRH5522

FORTES-FILHO, Sileno de Queiroz; MELO-FORTES, Juliana de Araújo; ALIBERTI, Márlon Juliano Romero. The floating primary health center model in the Amazon rainforest. *Annals of Family Medicine*, v. 22, n. 1, p. 67, 2024. DOI: 10.1370/afm.3051.

GARNELO, L.; PARENTE, R. C. P.; PUCHIARELLI, M. L. R.; CORREIA, P. C.; TORRES, M. V.; HERKRATH, F. J. *Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside*

populations in the Amazon. International Journal for Equity in Health, v. 19, n. 1, p. 54, 2020. DOI: 10.1186/s12939-020-01171-x

CODEÇO, Claudia T.; DAL'ASTA, Ana P.; RORATO, Ana C.; LANA, Raquel M.; NEVES, Tatiana C.; ANDREAZZI, Cecilia S.; BARBOSA, Milton; ESCADA, Maria I. S.; FERNANDES, Danilo A.; RODRIGUES, Danuzia L.; REIS, Izabel C.; SILVA-NUNES, Monica; GONTIJO, Alexandre B.; COELHO, Flavio C.; MONTEIRO, Antonio M. V. Epidemiology, biodiversity, and technological trajectories in the Brazilian Amazon: from malaria to COVID-19. *Frontiers in Public Health*, v. 9, e647754, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.647754.

SILVA, Ellen Mara Fernandes da; AQUINO, Leanna Silva; MARANHÃO, Ednaldo Pereira; OLIVEIRA, Sheyla Mara Silva de; QUARESMA, Tatiane Costa; MARINHO, Daliane Ferreira; CONDE, Valney Mara Gomes; NASCIMENTO, Veridiana Barreto do; SIMPLÍCIO, Irinéia de Oliveira Bacelar; MARTINS, Nádia Vicência do Nascimento; HONORATO, Manoel; SOUZA, Adjanny Estela Santos de; FERNANDES, Franciane de Paula; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho; VALENTIM, Lívia de Aguiar. Social and environmental determinants of neglected infectious diseases in quilombola communities of the Brazilian Amazon: an epidemiological and machine learning analysis. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 20, n. 3, e0014078, 2026. DOI: 10.1371/journal.pntd.0014078.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERNANDES, Tiótrefis Gomes; MARTINS JÚNIOR, Paulo Jorge Alves; PORTELA, Cleudecir Siqueira; SANTOS JUNIOR, James Dean Oliveira dos; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Health in sight: an analysis of Primary Health Care in riverside and rural Amazon areas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2053–2064, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.02672021.

KADRI, Michele Rocha; WILSON, Debra Rose; SCHWEICKARDT, Julio Cesar; LINN, James G.; FARIAS, Lisandra N. Guimarães; MOREIRA, Adriana; LIMA, Rodrigo Tobias. The Igaraçu fluvial mobile clinic:lessons learned while implementing an innovative primary care approach in rural Amazonia, Brazil. *International Journal of Nursing and Midwifery*, v. 9, n. 4, p. 41–45, 2017. DOI: 10.5897/IJNM2017.0256.

SANTOS, Alícia Patrine Cacau dos et al. Understanding the health challenges of Amazonian riverine communities: a qualitative study on community perceptions amid climatic change. PLoS ONE, v. 20, n. 10, e0333408, 2025. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333408.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; HOEFEL, Maria da Graça; SILVA, Marina Aparecida Malheiros; NEPOMUCENO, Alcebíades Renato; VILELA, Cleidiane; AMARAL, Fernanda Rocha; CARVALHO, Graciele Pollyanna M.; BATISTA, Jaqueline Leite; LOPES, Patrícia Abreu. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 37, n. 125, p. 143-148, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100016.

FONSECA, Erica Teixeira da; CASTRO, Dayse Silvia Gonçalves; MORAIS, Rosineidy Cristo; BANDEIRA, Francisco Jadson Silva. Desafios do atendimento de saúde nas populações ribeirinhas. Research, Society and Development, v. 12, n. 1, e24812139440, 2023. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39440.

MACHADO, A. A. V. et al. Capital humano, exclusão social e indicadores de saúde em comunidades ribeirinhas do Tramo Norte do Rio Paraguai, Corumbá, MS. Interações (Campo Grande), v. 26, e26344988, 2025.·

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Farmácia. Instituto de Saúde Coletiva. Santarém, 2017.

CRUZ, Simone Lobato Ferreira da. Condutores de visitantes de Jamaraquá – FLONA do Tapajós, Belterra (PA): características socioeconômicas, acadêmicas e profissionais. *Revista Brasileira de Ecoturismo*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 581-600, nov. 2021-jan. 2022.

MENDES, T. M. C. et al. Teaching, service and community integration as a strategy for reorienting undergraduate health training. Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 44, e54907, 2022

LEITE, José Júnior Sampaio; LANDIM, Ana Júlia de Sales; CASTRO, Dayanna Cristiny Souza de; SILVA, Débora dos Santos da; SILVA, Edna Maria da; LAPA, Leonardo Silva Santos; SOUZA, Marta Alencar Alves de; PASSOS, Muriel Pereira dos; CORDEIRO, Priscila Vanderli; BEZERRA, Siluana Baldoimo; VIEIRA, Stefanie Silva; PINHEIRO, Thainá Freire Miranda. Determinantes sociais da saúde e suas implicações no cuidado na Primária à Saúde no SUS. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 12, n. 5, p. 1-12, 2026. DOI: 10.51891/rease.v12i5.26082.

SOUSA, Izautina Vasconcelos de; BRASIL, Christina César Praça; SILVA, Raimunda Magalhães da; VASCONCELOS, Dayse Paixão e; VASCONCELOS FILHO, José Eurico de; FINAN, Timoty Joseph; BEZERRA, Ilana Nogueira; PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira. Enfrentamento de problemas que impactam na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável sob a ótica dos moradores. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 5, p. 1647-1656, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.04392019.

CORDEIRO, Diego et al. Strengthening oral health promotion in remote riverine populations in the Brazilian Amazon: a community-based participatory intervention study. Rural and Remote Health, v. 26, n. 9904, 20 jan. 2026.

SILVA, Valdenildo Pedro da; FILGUEIRA, Paulo Victor da Silva. Diagnóstico rural participativo para avaliar a sustentabilidade da comunidade indígena Catu, Rio Grande do Norte, Brasil. Research, Society and Development, v. 9, n. 7, e291973791, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.3791.

ALIAGA, Marie Agnes et al. Avaliação participativa da segurança alimentar e nutricional em uma comunidade de Salvador, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 7, p. 2595-2604, 2020.

CAPÍTULO 5
EQUIDADE EM SAÚDE, TERRITORIALIDADE E INTERIORIZAÇÃO DO CUIDADO NA AMAZÔNIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE INFUSÃO ONCOLÓGICA

Fábio Augusto Meneses Sousa
Hiago Sousa Pinheiro
Poliana Pezente
Sônia da Silva Melo
Amaranta Evelyn Silva de Souza
Brena Souza
Cairo Borges Junior
Samuel Isaac Costa de Castro
Danilo da Silva Patrício
Kalysta de Oliveira Resende Borges

Resumo
A assistência oncológica na Amazônia enfrenta desafios relacionados à extensão territorial, à distribuição dos serviços especializados e às barreiras geográficas, socioeconômicas e logísticas. Trata-se de relato de experiência desenvolvido em clínica especializada que atua como centro de infusão oncológica e referência para pacientes do município-sede, municípios menores e diferentes territórios amazônicos, incluindo comunidades ribeirinhas, áreas rurais, planalto, várzea e territórios indígenas. A experiência evidenciou diferentes condições de deslocamento, incluindo extensos trajetos terrestres e deslocamentos fluviais em embarcações locais, como bajaras, que podem interferir na regularidade e continuidade do tratamento. Nesse contexto, o centro de infusão representa estratégia de interiorização e descentralização da assistência especializada, aproximando o cuidado das populações e contribuindo para reduzir desigualdades territoriais. A experiência reforça a importância da equidade e da territorialidade na organização da assistência oncológica amazônica.

Palavras-Chave: Equidade em Saúde. Territorialidade. Oncologia. Amazônia. Acesso aos Serviços de Saúde. Interiorização.

INTRODUÇÃO

O câncer constitui importante problema de saúde pública e representa uma condição que exige organização assistencial complexa, contínua e multiprofissional. Os avanços ocorridos nas últimas décadas ampliaram as possibilidades de diagnóstico e tratamento de diferentes neoplasias, com incorporação de novas terapias sistêmicas, medicamentos imunoterápicos, terapias-alvo e estratégias de tratamento individualizado. Entretanto, a existência de recursos terapêuticos cada vez mais sofisticados não garante, isoladamente, que todas as pessoas tenham as mesmas possibilidades de acesso ao cuidado. O percurso da pessoa com câncer envolve diferentes etapas, incluindo prevenção, diagnóstico, confirmação histopatológica, estadiamento, definição terapêutica, tratamento, monitoramento da resposta, manejo de eventos adversos, acompanhamento e, quando necessário, cuidados paliativos. A efetividade desse percurso depende não apenas de fatores clínicos, mas também de condições sociais, econômicas, culturais e territoriais que podem favorecer ou dificultar a utilização dos serviços disponíveis.

A literatura contemporânea demonstra que os determinantes sociais da saúde estão diretamente relacionados às desigualdades observadas no cuidado oncológico. Condições de renda, escolaridade, transporte, localização geográfica, disponibilidade de serviços, suporte familiar e condições de moradia podem influenciar o momento do diagnóstico, o acesso ao tratamento e a continuidade da assistência. Syrnioti et al. (2023) destacam que as disparidades relacionadas ao câncer são determinadas por múltiplos fatores sociais e estruturais e podem ocorrer ao longo de toda a trajetória assistencial. Tucker-Seeley et al. (2024), em declaração de política da American Society of Clinical Oncology, reforçam a necessidade de incorporar os determinantes sociais da

saúde às estratégias de cuidado oncológico e de promoção da equidade, ampliando a compreensão do processo saúde-doença para além dos aspectos exclusivamente clínicos.

Essa realidade assume características particulares na Amazônia, onde a dimensão territorial, a distribuição populacional e as condições geográficas produzem desafios distintos daqueles observados em grandes centros urbanos. A população encontra-se distribuída em municípios de diferentes portes, comunidades rurais, áreas ribeirinhas, regiões de várzea e planalto e territórios indígenas, configurando diferentes formas de ocupação, circulação e acesso aos serviços. Em diversos locais, os rios constituem importantes vias de transporte, enquanto em outras regiões os deslocamentos ocorrem por extensos trajetos terrestres. Consequentemente, a distância entre o domicílio e o serviço de saúde não pode ser avaliada somente em quilômetros, sendo necessário considerar o tempo necessário para percorrer determinado trajeto, o tipo de transporte utilizado, as condições das estradas, a disponibilidade de embarcações, os custos envolvidos, as condições climáticas e a necessidade de acompanhamento familiar.

A questão apresenta relevância particular na assistência oncológica porque muitos tratamentos exigem comparecimento periódico aos serviços de saúde. Diferentemente de procedimentos pontuais, determinados tratamentos sistêmicos são administrados em ciclos sucessivos, com retornos semanais, quinzenais ou mensais durante períodos prolongados. Consequentemente, uma barreira de acesso que poderia ser administrável para uma consulta isolada pode tornar-se significativa quando o deslocamento precisa ser repetido diversas vezes. A dificuldade de chegar ao serviço pode interferir na regularidade das sessões, no acompanhamento clínico, na realização de exames e no manejo oportuno de eventos adversos, produzindo repercussões que ultrapassam a dimensão geográfica.

No contexto brasileiro, evidências demonstram a magnitude dessas desigualdades. Fonseca et al. (2023), ao analisarem dados

nacionais relacionados ao tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde, identificaram que parcela expressiva dos pacientes precisou se deslocar para outro município para realizar procedimentos relacionados ao tratamento do câncer. O estudo demonstrou ainda que pacientes residentes nas regiões Norte e Centro-Oeste estavam sujeitos a maiores distâncias para acessar os serviços especializados, evidenciando a persistência de desigualdades relacionadas à distribuição territorial da assistência. Esse cenário reforça a importância da regionalização e da interiorização como estratégias capazes de aproximar os serviços das populações residentes em municípios menores e territórios geograficamente distantes.

Interiorizar o cuidado, entretanto, não significa simplesmente reproduzir no interior o modelo existente nas capitais ou nos grandes centros. A descentralização precisa estar acompanhada de infraestrutura adequada, profissionais qualificados, protocolos assistenciais, segurança na administração de medicamentos, disponibilidade de insumos, articulação com os demais pontos da rede e capacidade de manejo das intercorrências. Nesse sentido, a interiorização deve ser compreendida como estratégia de organização regional da assistência, na qual diferentes serviços assumem responsabilidades complementares de acordo com sua capacidade instalada, mantendo fluxos definidos para encaminhamento dos casos que necessitem de maior complexidade.

Centro de infusão oncológica possui papel relevante nesse modelo ao possibilitar que determinados tratamentos sistêmicos sejam realizados mais próximos dos territórios de origem dos pacientes, mantendo articulação com serviços de maior complexidade quando necessário. A experiência de uma unidade localizada no interior da Amazônia permite refletir sobre como a organização regional da assistência pode contribuir para reduzir barreiras territoriais e favorecer a continuidade do cuidado. Diversidade dos territórios de origem e das formas de deslocamento demonstra que a assistência oncológica precisa

considerar o contexto territorial como parte integrante do planejamento, reconhecendo que equidade não significa oferecer exatamente o mesmo serviço a todos, mas desenvolver estratégias que considerem as diferentes condições de acesso e permitam que populações distintas tenham oportunidades reais de receber o cuidado necessário.

OBJETIVO

Relatar a experiência de um centro de infusão de medicamentos oncológicos localizado no interior da Amazônia, destacando sua atuação como serviço de referência para pacientes provenientes de municípios de menor porte, comunidades ribeirinhas, áreas rurais, regiões de planalto, várzea e territórios indígenas, bem como discutir os desafios territoriais relacionados ao deslocamento, ao acesso e à continuidade do tratamento oncológico.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em uma clínica especializada que atua como centro de infusão de medicamentos oncológicos em município de referência regional na Amazônia. A experiência foi construída a partir da vivência cotidiana da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos pacientes submetidos a tratamentos oncológicos, considerando aspectos relacionados à origem territorial dos usuários, aos meios de transporte utilizados, às condições de deslocamento e às repercussões dessas características sobre a organização do cuidado. O serviço recebe pacientes residentes no município-sede e em municípios vizinhos de menor porte, além de usuários provenientes de comunidades rurais, ribeirinhas, áreas de planalto, regiões de várzea e territórios indígenas, configurando uma população assistida marcada por diferentes condições geográficas, sociais e logísticas.

Foram consideradas, de forma descritiva, as principais barreiras identificadas no percurso dos pacientes até o serviço, incluindo a necessidade de deslocamentos terrestres prolongados, utilização de transporte fluvial, dependência de embarcações locais, condições das estradas, tempo de viagem, necessidade de acompanhantes e reorganização da rotina familiar. A análise da experiência não teve como objetivo estimar associações estatísticas ou estabelecer relações causais, mas compreender de maneira qualitativa e descritiva como as características territoriais influenciam a experiência de acesso ao tratamento oncológico e quais possibilidades de organização assistencial podem contribuir para minimizar essas barreiras. A experiência foi analisada à luz da literatura recente sobre equidade em saúde, determinantes sociais, acesso aos serviços oncológicos, regionalização, navegação do paciente e cuidado multiprofissional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência evidencia que o centro de infusão exerce papel relevante na interiorização da assistência oncológica, funcionando como ponto de referência para pacientes provenientes de diferentes municípios e territórios da região amazônica. A existência de um serviço especializado no interior permite que pacientes residentes em localidades menores tenham acesso a determinadas terapias sem a necessidade de deslocamento para centros ainda mais distantes, contribuindo para aproximar o tratamento do território de origem e representando importante estratégia para redução das desigualdades territoriais. Essa realidade está relacionada ao cenário nacional descrito por Fonseca et al. (2023), que identificaram elevada proporção de pacientes necessitando sair do município de residência para realizar procedimentos relacionados ao tratamento do câncer, com maiores distâncias observadas entre residentes das regiões Norte e Centro-Oeste. Dessa forma, a presença de serviços regionalizados

pode representar importante mecanismo de aproximação entre a população e a assistência especializada.

Pacientes atendidos pelo serviço apresentam diferentes trajetórias até o município de referência, determinadas principalmente pelo local de residência e pelas condições de transporte disponíveis. Usuários provenientes de áreas rurais e municípios menores podem percorrer longos trajetos terrestres, frequentemente submetidos a condições variáveis de infraestrutura e trafegabilidade das estradas, o que pode resultar em várias horas de viagem e exigir planejamento prévio do transporte e da permanência no município onde o tratamento será realizado. Para pacientes provenientes de comunidades ribeirinhas e áreas de várzea, a dinâmica de deslocamento apresenta características distintas, uma vez que o acesso pode ocorrer por via fluvial, utilizando embarcações locais, incluindo bajaras, até alcançar os pontos de transporte que possibilitam a chegada ao município de referência. Nesse contexto, o rio assume papel central na mobilidade da população e, consequentemente, no acesso à saúde, enquanto tempo de viagem, disponibilidade de embarcações, condições do rio e fatores climáticos podem interferir diretamente na capacidade de comparecimento ao serviço no horário programado.

Deslocamento deve ser compreendido, portanto, como parte da própria experiência terapêutica. Paciente que necessita realizar uma infusão periódica precisa não apenas possuir indicação clínica e ter o medicamento disponível, mas também conseguir chegar ao serviço na data prevista, possuir condições materiais para realizar o trajeto e, em muitas situações, contar com um acompanhante. Essa perspectiva modifica a compreensão tradicional de adesão ao tratamento, uma vez que ausência ou atraso não deve ser automaticamente interpretado como falta de comprometimento individual. Em determinados contextos, a dificuldade de comparecimento pode estar relacionada a barreiras estruturais de transporte, distância, condições econômicas e organização familiar. Wercholuk, Parikh e Snyder (2022) destacam

que as barreiras de transporte constituem importante obstáculo à assistência oncológica em populações rurais, podendo influenciar o acesso oportuno aos serviços e a continuidade do cuidado. Na Amazônia, essas barreiras podem assumir características ainda mais complexas pela combinação entre distância, transporte terrestre e fluvial, condições ambientais e distribuição populacional.

Impacto do tratamento sobre a família também merece destaque, considerando que pacientes que necessitam viajar para realizar infusões frequentemente dependem do acompanhamento de familiares ou cuidadores. Essa necessidade pode representar ausência do trabalho, gastos adicionais, reorganização das atividades domésticas e alterações na rotina familiar, demonstrando que o impacto territorial do tratamento ultrapassa o indivíduo e alcança o núcleo familiar que participa do processo de cuidado. Custos relacionados ao deslocamento, alimentação, permanência temporária e perda de produtividade podem constituir barreiras adicionais e influenciar a capacidade de manutenção do tratamento ao longo do tempo. Compreender essas dimensões permite reconhecer que o acesso efetivo ao cuidado depende de condições sociais que ultrapassam a disponibilidade formal do serviço.

Essa situação reforça a importância de compreender a equidade em saúde como uma questão que ultrapassa a disponibilidade física do serviço. Tratamento pode estar formalmente disponível, mas permanecer parcialmente inacessível se as condições necessárias para chegar até ele forem inviáveis para determinados grupos populacionais. Syrnioti et al. (2023) destacam que desigualdades sociais e estruturais podem influenciar diferentes etapas da trajetória do paciente com câncer, enquanto Tucker-Seeley et al. (2024) defendem que os determinantes sociais da saúde devem ser incorporados à organização dos serviços e às estratégias destinadas à promoção da equidade na oncologia. Considerar território, renda, transporte, apoio familiar e disponibilidade dos serviços permite

compreender de maneira mais ampla os fatores que influenciam a continuidade do tratamento.

Nesse sentido, a experiência do centro de infusão demonstra que o território deve ser considerado uma variável assistencial. Conhecer a origem dos pacientes permite compreender melhor as barreiras existentes e planejar estratégias para enfrentá-las, enquanto a identificação dos territórios de origem pode auxiliar na organização dos horários de atendimento, especialmente para usuários que percorrem longas distâncias e dependem de transporte coletivo ou fluvial. Mapear municípios e comunidades de origem possibilita identificar regiões com maior concentração de usuários e compreender os fluxos territoriais de acesso ao serviço, fornecendo informações que podem subsidiar decisões sobre expansão de serviços, organização de agendas, articulação com outros municípios e planejamento logístico.

Essa perspectiva também contribui para fortalecer a gestão baseada em informações territoriais. Serviços podem acompanhar município de origem, modalidade de transporte, tempo estimado de deslocamento, frequência de faltas, cancelamentos, atrasos e necessidade de reagendamento, produzindo indicadores capazes de revelar padrões de acesso. Caso determinada região apresente maior frequência de faltas relacionadas ao transporte, por exemplo, essa informação pode subsidiar estratégias específicas de articulação com a rede municipal. Da mesma forma, o mapeamento dos territórios de origem pode auxiliar na identificação de áreas que apresentam maior demanda por serviços especializados e contribuir para o planejamento de políticas públicas.

Interiorização do cuidado, contudo, precisa preservar a qualidade e a segurança da assistência. Administração de medicamentos oncológicos exige profissionais capacitados, protocolos definidos, estrutura adequada, equipamentos, controle de qualidade, segurança medicamentosa e capacidade de reconhecimento e manejo de eventos adversos. Expansão de centros de infusão deve, portanto, ser acompanhada de

qualificação permanente das equipes e de mecanismos de suporte técnico. Descentralizar o tratamento sem garantir capacidade técnica adequada poderia simplesmente transferir a estrutura física sem solucionar efetivamente as desigualdades de acesso ou comprometer a segurança assistencial.

Interiorização também não deve significar isolamento dos serviços. Centro de infusão precisa estar articulado aos demais componentes da rede de atenção, considerando a possibilidade de o paciente necessitar de avaliação cirúrgica, radioterapia, exames especializados, internação hospitalar, cuidados paliativos ou outras modalidades terapêuticas que não estejam disponíveis no município. Regionalização deve permitir que o paciente circule pela rede de acordo com sua necessidade, retornando ao serviço regional para as etapas que podem ser realizadas com segurança próximo de sua residência. Essa organização pode reduzir a necessidade de permanência prolongada em grandes centros e favorecer a preservação dos vínculos familiares e sociais.

Navegação do paciente apresenta-se, nesse cenário, como estratégia potencialmente importante para redução das barreiras existentes ao longo do percurso terapêutico. Chen et al. (2024), em revisão sistemática, identificaram benefícios relacionados ao início do tratamento, adesão e satisfação com a assistência. No contexto amazônico, conhecer a origem do paciente, o tempo necessário para chegar ao serviço, os meios de transporte utilizados e as principais limitações encontradas pode auxiliar a equipe na identificação de riscos de interrupção do tratamento. Navegação pode atuar como mecanismo de integração entre paciente, família, centro de infusão e demais serviços da rede, favorecendo comunicação, organização do retorno, identificação de barreiras e acompanhamento longitudinal.

Complexidade da assistência oncológica também exige integração entre diferentes categorias profissionais. Enfermagem, farmácia, medicina, psicologia, nutrição, serviço social e gestão possuem responsabilidades complementares e contribuem para diferentes dimensões do cuidado. Enfermagem participa

diretamente da avaliação clínica, administração das terapias, monitoramento de reações adversas e educação do paciente; farmácia contribui para segurança do processo medicamentoso, análise das prescrições, preparo e orientação relacionada aos medicamentos; medicina participa da definição e acompanhamento das estratégias terapêuticas; psicologia pode atuar diante das repercussões emocionais da doença e do tratamento; serviço social pode contribuir para identificação de barreiras socioeconômicas e articulação com recursos disponíveis na rede. Sulosaari et al. (2024) destacam a relevância da educação e colaboração interprofissional no cuidado oncológico, enquanto Nevidjon (2024) reforça a importância da prática colaborativa interprofissional como modelo para o cuidado em oncologia.

No interior da Amazônia, integração multiprofissional assume importância ainda maior porque as necessidades do paciente podem estar diretamente relacionadas às condições territoriais. Tratamento não ocorre apenas dentro da sala de infusão; começa no território onde o paciente vive e continua depois que o usuário deixa o serviço. Essa compreensão amplia o conceito de cuidado e permite incorporar orientação sobre sinais de alerta, organização do retorno, comunicação para situações de intercorrência, acompanhamento de eventos adversos e articulação com outros serviços. O olhar multiprofissional possibilita identificar problemas que poderiam permanecer invisíveis quando a assistência é analisada exclusivamente sob a perspectiva do procedimento realizado.

Outro ponto importante refere-se à logística dos medicamentos e materiais. Manutenção de um centro de infusão em área interiorizada depende de cadeia logística capaz de garantir disponibilidade regular dos medicamentos, soluções parenterais, materiais médico-hospitalares e equipamentos necessários. Em regiões onde o transporte pode envolver longas distâncias e diferentes modais, planejamento de estoques e previsão de demanda tornam-se componentes importantes da segurança assistencial. Logística também integra a equidade, pois

não basta que determinado medicamento esteja disponível no país ou na capital; é necessário garantir que chegue ao serviço onde o paciente será tratado. Essa perspectiva amplia o conceito de acesso e demonstra que interiorização envolve infraestrutura física, recursos humanos, medicamentos, logística, informação e gestão.

Proximidade relativa do serviço pode produzir efeitos que ultrapassam a redução da distância. Realizar o tratamento em município regionalmente acessível pode favorecer a manutenção dos vínculos familiares, reduzir a necessidade de permanência prolongada em outros municípios e facilitar o acompanhamento longitudinal. Para o paciente, receber o tratamento mais próximo de sua realidade cotidiana pode representar menor ruptura da rotina, maior familiaridade com o território e redução de parte dos custos indiretos relacionados ao cuidado. Esses aspectos são particularmente relevantes durante tratamentos prolongados, nos quais o câncer pode provocar mudanças significativas na vida profissional, familiar e social.

No caso amazônico, reconhecer essas particularidades significa admitir que uma mesma estratégia assistencial pode produzir resultados diferentes dependendo do território em que o paciente vive. Política de saúde efetivamente equitativa precisa considerar essas diferenças e desenvolver mecanismos capazes de compensar, sempre que possível, as barreiras existentes. Interiorização dos serviços especializados representa uma dessas estratégias, mas precisa estar articulada a outras ações, como fortalecimento da atenção primária, melhoria da regulação, transporte sanitário, navegação do paciente, qualificação profissional e integração entre os diferentes níveis de atenção.

Preservação da segurança do paciente constitui requisito indispensável para qualquer processo de descentralização. Centros regionais precisam possuir estrutura adequada para os tratamentos oferecidos, protocolos atualizados, equipamentos apropriados, processos de segurança e capacidade de resposta às intercorrências. Interiorização deve ser acompanhada pela

interiorização da capacidade técnica, garantindo acesso à educação permanente, atualização científica e suporte dos centros de maior complexidade. Essa articulação permite construir uma rede em que o conhecimento também seja descentralizado, fortalecendo a capacidade dos serviços regionais sem romper sua integração com centros de referência.

Nesse modelo, grandes centros permanecem essenciais para situações de maior complexidade, enquanto os serviços regionais assumem responsabilidades assistenciais compatíveis com sua capacidade. Centro de infusão não precisa substituir os grandes centros; seu papel é complementar a rede, aproximando determinados tratamentos do território de origem dos pacientes. Essa organização pode contribuir para uma assistência mais racional, regionalizada e centrada nas necessidades da população, mantendo fluxos de referência e contrarreferência para situações que exijam recursos não disponíveis localmente.

Discussão sobre territorialidade também precisa considerar as especificidades culturais dos diferentes grupos populacionais. Pacientes provenientes de territórios indígenas, comunidades ribeirinhas e áreas rurais podem apresentar formas próprias de organização da vida, trabalho, deslocamento e relação com os serviços de saúde. Assistência precisa ser construída de maneira sensível a essas diferenças, evitando modelos padronizados que desconsiderem as condições concretas de vida das populações. Equidade exige reconhecer a diversidade dos usuários e desenvolver estratégias capazes de responder às necessidades específicas de cada território.

Experiência do centro de infusão contribui, dessa maneira, para uma discussão mais ampla sobre o futuro da assistência oncológica na Amazônia. Região demanda modelos que conciliem descentralização, segurança, qualidade e articulação regional, sem reduzir a interiorização a simples expansão do número de estabelecimentos. Mais importante do que ampliar quantitativamente os serviços é construir uma rede capaz de

responder às características territoriais da população e garantir continuidade do cuidado.

Deslocamento terrestre prolongado, transporte fluvial, dependência de acompanhantes e custos indiretos do tratamento permanecem desafios relevantes. Interiorização deve, portanto, ser compreendida como processo contínuo, acompanhado de monitoramento, avaliação e aprimoramento permanente. Relatos de experiência possuem valor importante nesse contexto porque permitem registrar realidades locais que muitas vezes não aparecem de maneira detalhada nos grandes bancos de dados nacionais. Experiência cotidiana de um serviço pode revelar aspectos importantes da relação entre território e cuidado e contribuir para formulação de estratégias mais adequadas às necessidades regionais.

Realidade amazônica não deve ser compreendida apenas como cenário de dificuldades. Território também apresenta potencialidades relacionadas à existência de municípios-polo, profissionais qualificados e serviços especializados capazes de formar redes regionais. Interiorização pode transformar um município em importante ponto de articulação do cuidado, aproximando tecnologias e profissionais de populações que anteriormente necessitavam percorrer distâncias ainda maiores. Nesse sentido, territorialidade deixa de representar exclusivamente uma barreira e passa a constituir elemento estratégico de planejamento.

Conhecer o território permite organizar melhor os fluxos, dimensionar recursos, planejar logística e desenvolver estratégias de cuidado mais adequadas. Equidade passa, então, a ser compreendida como resultado de uma organização assistencial capaz de reconhecer desigualdades e responder a elas por meio de estratégias proporcionais às necessidades existentes. Cuidado oncológico na Amazônia exige perspectiva ampliada, capaz de considerar simultaneamente doença, tratamento, paciente, família e território.

Qualidade da assistência não depende apenas da precisão da prescrição ou da segurança da infusão. Depende também da capacidade do sistema de garantir que o paciente consiga chegar ao serviço, realizar o tratamento no tempo adequado e permanecer vinculado à rede. Essa compreensão aproxima a assistência oncológica dos princípios de equidade e integralidade do SUS e reforça a importância de estratégias que articulem regionalização, interiorização, navegação, cuidado multiprofissional e organização territorial.

CONCLUSÃO

Experiência de um centro de infusão oncológica localizado no interior da Amazônia evidencia a relevância da territorialidade na organização do cuidado e demonstra que o acesso ao tratamento especializado ultrapassa a disponibilidade de medicamentos e serviços. Pacientes provenientes de municípios menores, comunidades ribeirinhas, áreas rurais, planalto, várzea e territórios indígenas enfrentam diferentes barreiras, como distância, condições das estradas, transporte fluvial, tempo de deslocamento, custos e necessidade de acompanhantes, fatores que podem comprometer a continuidade do tratamento, especialmente diante da necessidade de comparecimentos periódicos.

Nesse cenário, a presença de um centro de infusão em município de referência regional constitui estratégia relevante de interiorização da assistência, aproximando tratamentos especializados dos territórios de origem e reduzindo deslocamentos para centros mais distantes. Entretanto, a descentralização exige infraestrutura adequada, medicamentos, profissionais qualificados, protocolos de segurança, logística eficiente, cuidado multiprofissional e articulação entre os diferentes pontos da rede.

Experiência reforça que as dificuldades de deslocamento devem ser compreendidas como barreiras estruturais,

relacionadas às condições de mobilidade, transporte, renda, suporte familiar e organização territorial. Interiorização, associada à regionalização, navegação do paciente, qualificação profissional e integração da rede, pode contribuir para reduzir desigualdades e favorecer a continuidade do cuidado, fortalecendo uma assistência oncológica mais próxima, acessível, segura e equitativa na Amazônia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Brasília, DF, 2023.

CHEN, M. et al. Patient navigation in cancer treatment: a systematic review. *Current Oncology Reports*, v. 26, 2024.

FONSECA, B. P. et al. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: a network analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 20, 100153, 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2021.100153.

FORRESTER, P. et al. Health equity principles for oncology real-world evidence studies. *The Oncologist*, v. 29, n. 10, p. e1260–e1271, 2024.

MAJERCAK, K. R. et al. Which social determinants of health have the highest impact in community oncology to advance patient care equity and improve health outcomes? A scoping review. *Cancer Medicine*, v. 13, n. 17, 2024.

NEVIDJON, B. Interprofessional collaborative practice: the model for cancer care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, v. 11, n. 12, 100618, 2024. DOI: 10.1016/j.apjon.2024.100618.

PAL, T. et al. Enhancing cancer care of rural dwellers through telehealth and engagement (ENCORE): protocol to evaluate effectiveness of a multi-level telehealth-based intervention to improve rural cancer care delivery. *BMC Cancer*, v. 21, 1262, 2021. DOI: 10.1186/s12885-021-08949-4.

SCODARI, B. T. et al. Characterizing the traveling oncology workforce and its influence on patient travel burden: a claims-based approach. *JCO Oncology Practice*, v. 20, n. 6, p. 787–796, 2024.

SULOSAARI, V.; DODLEK, N.; BRANDL, A. et al. Interprofessional education in cancer care – a scoping review. *BMC Medical Education*, v. 24, 767, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-05669-8.

SYRNIOTI, G.; EDEN, C. M.; JOHNSON, J. A. et al. Social determinants of cancer disparities. *Annals of Surgical Oncology*, v. 30, p. 8094–8104, 2023. DOI: 10.1245/s10434-023-14200-0.

TUCKER-SEELEY, R.; ABU-KHALAF, M.; BONA, K. et al. Social determinants of health and cancer care: an ASCO policy statement. *JCO Oncology Practice*, v. 20, n. 5, p. 621–630, 2024. DOI: 10.1200/OP.23.00810.

WERCHOLUK, A. N.; PARIKH, A. A.; SNYDER, R. A. The road less traveled: transportation barriers to cancer care delivery in the rural patient population. *JCO Oncology Practice*, v. 18, n. 9, p. 652–662, 2022. DOI: 10.1200/OP.22.00122.

CAPÍTULO 6
CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS EXTENSIONISTAS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO SUDESTE DO PARÁ

Emanoel Rodrigues Martins
Fabricio Fernandes da Silva
Márcio Silva da Conceição
Tamirez Santana Muniz

Resumo
A Atenção Primária representa o primeiro contato do usuário com o sistema público de saúde, assim, o Agente Comunitário de Saúde exerce papel central ao atuar como mediador entre indivíduo e a assistência integral. Este estudo objetiva relatar a experiência de discentes de enfermagem durante o desenvolvimento de uma ação extensionista direcionada à formação continuada de Agentes Comunitários de Saúde para o atendimento qualificado à população LGBTQIAPN+. Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, desenvolvido durante a execução de um projeto de extensão universitária. O foco da ação foi a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Conceição do Araguaia para o atendimento qualificado às diversidades sexuais e de gênero durante o cotidiano das práticas laborais. A capacitação foi realizada por meio de uma abordagem dialógica e de metodologias ativas, o que permitiu a troca de saberes e a reflexão sobre as condutas cotidianas relacionadas à população LGBTQIAPN+. Dessa forma, fortaleceu-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde como mediadores do cuidado integral. Conclui-se, portanto, que a ação evidenciou a eficácia da educação permanente na desmistificação de preconceitos e na promoção da equidade. Além de qualificar a assistência local, proporcionou aos discentes o desenvolvimento de competências essenciais para formação profissional.

Palavras-Chave: Assistência integral à saúde. Educação continuada. Humanização da assistência.

INTRODUÇÃO

No que se refere à saúde da população LGBTQIAPN+, sigla que abrange pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binárias, entre outras identidades e orientações que compõem a diversidade de existências, esse grupo foi, por muito tempo, desassistido e alvo de discriminação e preconceito. A discriminação motivada pela orientação sexual ou pela identidade de gênero é um determinante que afasta os indivíduos dos serviços de saúde e, consequentemente, contribui para seu adoecimento (Correa *et al*., 2025; Brasil, 2013).

Nesse contexto, uma das medidas de reparação implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a instauração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), que estabelece como princípios básicos a promoção da saúde integral da população LGBT, o combate à discriminação e a garantia de acesso a serviços de qualidade, diante das dificuldades persistentes enfrentadas na assistência à saúde (Correa *et al*., 2025).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a porta de entrada para o acesso aos serviços ofertados pelo SUS. No entanto, quanto à prática da assistência à saúde da população LGBTQIAPN+, grande parte dos profissionais da Atenção Básica não possui formação específica voltada para o atendimento integral a essa população, o que muitas vezes resulta em condutas baseadas no senso comum, que fragilizam o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde (Guimarães *et al*., 2020).

Diante disso, cabe destacar o papel central do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo entre a APS e a comunidade. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o

ACS tem entre suas atribuições a visita domiciliar, o que proporciona a comunicação direta com a população local, fortalecendo laços e atuando como mediador entre o indivíduo e os serviços de saúde. Todavia, para que o profissional realize sua atividade de forma eficaz, o acesso à educação permanente é um fator essencial para o acolhimento aos diferentes grupos e diversidades (Samudio *et al*., 2017).

Posto isso, faz-se necessário investir em metodologias propositivas nos serviços de assistência à saúde, de modo a desmistificar preconceitos e estigmas associados. Dessa forma, será possível oferecer cuidados qualificados às pessoas LGBTQIAPN+ e outras populações, formando profissionais técnica e eticamente habilitados (Guimarães *et al*., 2017). Ademais, para que o atendimento ocorra de forma igualitária, garantindo a inclusão dessas comunidades, é fundamental ampliar o debate sobre sexualidade e diversidade de gênero em espaços nos quais a abordagem do assunto ainda é restrita ou limitada (Pereira; Chazan, 2017).

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de discentes de enfermagem durante o desenvolvimento de uma ação extensionista direcionada à formação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o atendimento qualificado à população LGBTQIAPN+.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. As ações aqui descritas foram desenvolvidas pelos discentes da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob supervisão do docente orientador.

O projeto foi financiado pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), por meio do Edital 109/2025, tendo como foco a saúde

da população LGBTQIAPN+. Diante disso, os discentes, juntamente com o orientador, planejaram a realização de uma proposta destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes na zona urbana do município de Conceição do Araguaia, no estado do Pará. A ação ocorreu a partir de um convite feito à Secretaria de Saúde, que identificou a necessidade de sensibilizar as equipes sobre a temática no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, os profissionais foram organizados em grupos pelos gestores das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e reunidos no auditório do campus da UEPA, localizado no próprio município.

A elaboração do projeto propôs a realização de atividades formativas voltadas à promoção de educação permanente em saúde, com o objetivo principal de orientar os ACS sobre aspectos relacionados à saúde da população LGBTQIAPN+ no município, visto que estes profissionais atuam diretamente com o público em questão.

Para a realização das atividades, elaborou-se um plano de ação voltado à execução de uma intervenção educativa, organizada no formato de seminário teórico-informativo direcionado aos profissionais. A atividade foi seguida por dinâmicas baseadas em metodologias ativas, utilizadas como estratégia para relatar situações vivenciadas no campo de atuação e promover uma discussão relevante sobre o papel do ACS na saúde integral da população LGBTQIAPN+. Posto isso, a capacitação foi realizada em um único encontro no dia 12 de outubro de 2025, no período vespertino, com quatro horas de duração e contando com a participação de 40 Agentes Comunitários de Saúde atuantes na região Araguaia.

Por se tratar de um relato de experiência baseado na perspectiva dos autores, não apresenta dados de sujeitos de pesquisa. Diante do exposto, o presente trabalho não necessitou de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento e a implementação da ação foram realizados pelos acadêmicos e pelos docentes orientadores do projeto. Para tanto, foram utilizados recursos materiais, como a produção de um painel com o tema central, montagem do auditório, confecção de camisetas e distribuição de brindes personalizados (Figura 1).

Figura 1. Brindes personalizados marcando a identidade do projeto



Fonte: Acervo pessoal, 2026.

Inicialmente, foi realizado o acolhimento de abertura, conduzido pelos docentes, que destacaram a relevância das atividades extensionistas para a formação acadêmica dos alunos e para o aprimoramento das práticas profissionais nos serviços de saúde. Em seguida, houve a participação da coordenadora do campus, que reforçou o compromisso institucional da

universidade com ações de integração entre ensino, pesquisa e extensão, junto à comunidade e aos profissionais da região.

Conforme planejado, a teorização introdutória ao tema foi conduzida pelos discentes facilitadores, mediante exposição dialogada com apoio de recursos audiovisuais. Foram abordados temas como o atendimento humanizado, enfatizado como ferramenta essencial para garantir a qualidade no cuidado. Destacou-se que práticas cotidianas, como o uso de apelidos baseados em características pessoais, reforçam processos de desumanização e contribuem para o afastamento dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, reforçou-se o papel estratégico do ACS como elo entre o território e a unidade de saúde, responsável por promover acolhimento, respeito e inclusão, especialmente no atendimento à população LGBTQIAPN+ (Brasil, 2011).

Foram ressaltadas orientações específicas para a abordagem de pessoas LGBTQIAPN+, reforçando o uso consistente do nome social, a importância da privacidade, o acolhimento qualificado e o acesso facilitado aos serviços de saúde (Brasil, 2016). Em seguida, abordou-se o estigma associado a esse grupo, apresentando-se uma contextualização histórica sobre a associação equivocada das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) à população homossexual na década de 1980 (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021). Adicionalmente, realizou-se um diálogo sobre prevenção combinada, com destaque para as Profilaxias Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP), reforçando seu acesso gratuito no sistema público de saúde e a necessidade de ampliar as ações educativas na APS (Brasil, 2021; Brasil, 2023).

Para encerrar o primeiro momento teórico-informativo, os discentes apresentaram uma breve explanação sobre saúde mental, abordando as vulnerabilidades enfrentadas por grupos submetidos ao preconceito. Foram evidenciados impactos emocionais, como depressão, ansiedade e ideação suicida. Por fim, enfatizaram-se as boas práticas de acolhimento e o respeito à diversidade como pilares fundamentais do cuidado à população

LGBTQIAPN+ no âmbito da Atenção Primária (Ciasca; Hercowitz; Junior, 2021).

No segundo momento da atividade, os discentes conduziram uma dinâmica interativa para estimular a reflexão sobre os conteúdos abordados, além de promover a integração e a troca de experiências. Os facilitadores orientaram que os profissionais registrassem palavras-chave em resposta à pergunta: "Qual sentimento essa ação despertou em você?". Para isso, utilizaram a caneta disponibilizada no brinde e papel entregue a cada participante, para que, no período de dez minutos, pudessem responder à questão.

Após esse intervalo, cinco participantes foram escolhidos voluntariamente para relatar o significado de suas palavras-chave. A atividade foi encerrada com um momento de diálogo aberto, no qual os ACS compartilharam vivências relacionadas ao atendimento à população LGBTQIAPN+ no âmbito do SUS. Esse espaço de compartilhamento evidenciou o impacto positivo das ações educativas na qualificação da prática profissional e no fortalecimento do atendimento humanizado.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A atividade extensionista apresentou aspectos positivos que contribuíram significativamente para o fortalecimento da relação ensino-serviço. Observou-se que, por meio da exposição dialogada, ocorreu uma troca qualificada de saberes entre discentes, docentes e profissionais da APS. Essa interação ampliou as possibilidades de reflexão crítica acerca das condutas práticas adotadas pelas equipes de saúde do município.

A qualificação dos ACS, por meio da educação permanente, possibilitou a ampliação de conhecimentos sobre identidade de gênero, infecções sexualmente transmissíveis, prevenção combinada e saúde mental. Tais conteúdos fortaleceram a atuação desses profissionais como elo entre o indivíduo e o serviço de saúde. Além disso, a abordagem interdisciplinar, viabilizada pela

participação dos discentes, enriqueceu as discussões e favoreceu uma compreensão mais abrangente das demandas reais da população LGBTQIAPN+.

As estratégias utilizadas permitiram que os profissionais refletissem sobre sua atuação e a relacionassem ao embasamento teórico apresentado. A adoção de metodologias ativas e recursos pedagógicos favoreceu o engajamento dos participantes e a assimilação dos conteúdos. A criação de um ambiente de diálogo e escuta qualificada permitiu que os ACS compartilhassem vivências, refletindo sobre as práticas de acolhimento no cotidiano de trabalho. Esse momento revelou percepções relevantes acerca dos desafios enfrentados pela população LGBTQIAPN+ e da necessidade de estratégias de cuidado mais inclusivas.

Por fim, destaca-se ainda a organização eficiente do evento, evidenciada pelo acolhimento e credenciamento dos participantes, bem como pela fluidez na condução das atividades. A confecção de lembranças e de materiais didáticos reforçou a identidade do projeto e valorizou a participação dos profissionais envolvidos. De modo geral, os resultados observados demonstram o impacto significativo das ações extensionistas na promoção da educação permanente e no fortalecimento do cuidado integral à saúde.

Limitações da experiência

Apesar dos resultados positivos alcançados pelo projeto, algumas limitações precisam ser consideradas. Por ser uma das iniciativas pioneiras voltadas à comunidade LGBTQIAPN+ em Conceição do Araguaia, a ação teve impacto significativo na população local, uma vez que, por se tratar de um município interiorano, observa-se a escassez de espaços destinados ao debate e à promoção de pautas relacionadas aos direitos civis e à saúde dessa população.

Outro desafio identificado refere-se à carência de dados epidemiológicos e sociais específicos sobre a população LGBTQIAPN+ na região. Tal lacuna dificulta a elaboração de

políticas públicas direcionadas, além de evidenciar a necessidade de ações educativas permanentes e de campanhas de sensibilização que promovam a garantia do cuidado integral a esse grupo.

Essas limitações estruturais reforçam a necessidade de fortalecer a formação continuada das equipes de saúde, ampliar o acesso à informação e consolidar estratégias de educação permanente voltadas à população LGBTQIAPN+, além de incentivar a produção científica sobre o tema. A experiência evidenciou um amplo campo de atuação a ser explorado para assegurar direitos, promover o cuidado integral e garantir que o indivíduo seja devidamente assistido em suas especificidades.

Contribuições para a prática

O projeto trouxe contribuições positivas para a prática profissional e para a formação acadêmica dos estudantes. No campo assistencial, a experiência evidenciou a relevância do acolhimento e do cuidado humanizado frente às diversidades do cotidiano laboral. A abordagem dialogada, promovida pelos discentes, mostrou-se uma ferramenta eficaz para compreender a saúde da população LGBTQIAPN+, proporcionando uma formação alinhada às demandas reais da comunidade local.

Para os discentes, a experiência proporcionou o desenvolvimento de competências essenciais, como empatia, comunicação, criatividade e responsabilidade social, fundamentais para a atuação profissional em contextos de cuidado integral. As ações do projeto também evidenciaram a participação ativa dos ACS nas atividades, o que fortaleceu a troca de experiências no ambiente institucional.

Nesse sentido, a ampliação de momentos formativos no âmbito da universidade, voltados à população local, favorece a criação e a consolidação de espaços permanentes de diálogo, como rodas de conversa e atividades educativas. Tais iniciativas contribuem para o fortalecimento de demandas públicas de

caráter transformador, evidenciando o compromisso social da instituição com a promoção da equidade e da justiça social. Dessa forma, a extensão universitária mostrou-se uma prática positiva, não apenas para os profissionais atendidos, mas também para os estudantes, docentes e a comunidade em geral.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada ao longo da ação extensionista contribuiu para a desmistificação de questões éticas e sociais relacionadas às condutas profissionais nos serviços de saúde, com foco na garantia de um atendimento equânime à população LGBTQIAPN+. Ao promover ações que valorizam o acolhimento qualificado, o projeto agregou valor significativo às condutas profissionais dos participantes envolvidos. Além disso, o estudo trouxe contribuições ao campo assistencial ao demonstrar que ações de capacitação pautadas em metodologias ativas têm o potencial de estimular reflexões nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao articular o conhecimento teórico às ações cotidianas.

Os resultados alcançados evidenciaram que as discussões em grupo promoveram reflexões acerca da postura ética dos trabalhadores, enfatizando a importância do acolhimento humanizado, da não discriminação e da confidencialidade como princípios basilares da assistência. Tais iniciativas colaboram para a construção de uma universidade mais sensível às diversidades, fortalecendo o protagonismo estudantil, a participação social e a formação de profissionais comprometidos com a equidade. Vale ressaltar que, as vivências proporcionadas aos estudantes reafirmam a extensão como um espaço privilegiado de aprendizagem, no qual o conhecimento técnico é integrado à prática ética, elemento essencial para a promoção de mudanças no cenário regional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_ lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV***:** Guia Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-oral-a-infeccao-pelo-hiv.pdf/view. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016.* Dispõe sobre o uso do nome social e reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. *Saúde LGBTQIA+*: Práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo: Manole, 2021. 569 p. ISBN 9786555761160.

CORREA, E. H. de A. *et al.* 10 anos de (r)existência da política nacional de saúde integral LGBT: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, suppl 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.05982023. Acesso em: 19 fev. 2026.

GUIMARÃES, N. P. *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 14, n. 2, 26 jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712. Acesso em: 19 fev. 2026.

GUIMARÃES, R. de C. P. *et al.* Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 121, 13 nov. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327. Acesso em: 19 fev. 2026.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1795, 14 maio 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795. Acesso em: 19 fev. 2026.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 3, p. 745-769, dez. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075. Acesso em: 19 fev. 2026.

CAPÍTULO 7
ENTRE DIÁLOGOS E SABERES: RODA DE CONVERSA COM INDÍGENAS WARAO SOBRE ISTS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Eudes Felipe Gomes Lopes
Letícia Nascimento Printes
Thais Pereira Trindade
Ana Eliza Ferreira de Brito
Douglas de Jesus Gomes
Rosana Soares Lisboa Silva
Natália Rocha de Melo
Silvia Maria Farias da Silva
Franciane de Paula Fernandes
Sheyla Mara Silva de Oliveira

Resumo
A educação em saúde pode ultrapassar os limites de uma sala de aula quando encontra o território, a cultura e os saberes de seus sujeitos. Este capítulo relata a experiência de uma roda de conversa sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência com adolescentes indígenas Warao, realizada em um abrigo, com participação interdisciplinar de acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Trata-se de relato de experiência, fundamentado em revisão narrativa crítico-reflexiva, com busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde e análise à luz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A atividade utilizou dinâmicas lúdicas, mediação linguística e diálogo participativo. A experiência evidenciou a importância da comunicação intercultural e revelou que promover saúde também significa aprender com diferentes culturas.
Palavras-Chave: Povos Indígenas. Educação em Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Gravidez na Adolescência

Abstract
Health education can go beyond the boundaries of a classroom when it engages with the territory, culture, and knowledge of its subjects. This chapter reports the experience of a discussion circle on the prevention of sexually transmitted infections and teenage pregnancy with Indigenous Warao adolescents, conducted in a shelter with the interdisciplinary participation of undergraduate students in Medicine, Nursing, and Physiotherapy. This is an experience report based on a critical-reflexive narrative review, including a search for articles in the Virtual Health Library and analysis guided by the National Policy for Comprehensive Health Care for Indigenous Peoples. The activity employed playful dynamics, language mediation, and participatory dialogue. The experience highlighted the importance of intercultural communication and revealed that promoting health also means learning from different cultures.
Keywords: Indigenous Peoples. Health Education. Sexually Transmitted Infections. Teenage Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A adolescência constitui uma etapa do desenvolvimento humano marcada por transformações físicas, emocionais e sociais, acompanhada pela construção da identidade, da sexualidade e dos projetos de vida. Nesse período, o acesso a informações qualificadas sobre saúde sexual e reprodutiva é fundamental para favorecer autonomia e escolhas conscientes. Entretanto, o acesso ao conhecimento ocorre de maneira desigual e é influenciado por fatores sociais, culturais, educacionais e pela disponibilidade dos serviços de saúde.

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) permanecem como importante problema de saúde pública, demandando ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Entre adolescentes, informações sobre formas de transmissão, sinais e sintomas, possibilidade de infecções assintomáticas, uso de preservativos e testagem são fundamentais para a adoção de práticas preventivas. Contudo, estudos evidenciam lacunas no

conhecimento sobre ISTs entre jovens, reforçando a necessidade de estratégias educativas contínuas e adequadas às características dos diferentes públicos (Conceição et al., 2023).

A gravidez na adolescência também constitui fenômeno multideterminado, envolvendo aspectos sociais, familiares, educacionais, culturais e relacionados ao acesso às políticas públicas. Ações educativas exclusivamente técnicas ou pontuais podem apresentar limitações quando não consideram as experiências e necessidades dos adolescentes (Silva, 2023). Nesse sentido, a educação em saúde pode assumir caráter participativo e dialógico, favorecendo a construção de conhecimentos e o fortalecimento da autonomia (Silva; Medeiros, 2023).

No contexto dos povos indígenas, a promoção da saúde sexual e reprodutiva requer atenção às especificidades culturais, linguísticas, territoriais e sociais. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece a necessidade de uma atenção diferenciada, considerando as particularidades culturais e epidemiológicas e valorizando a participação comunitária na organização das ações de saúde (Brasil, 2002). Assim, práticas educativas devem superar modelos verticalizados e favorecer escuta, diálogo e participação.

Entre os povos indígenas presentes no Brasil, os Warao apresentam especificidades socioculturais que precisam ser consideradas na construção das práticas de cuidado. Experiências educativas com populações indígenas demonstram a importância da adaptação da linguagem, da valorização dos saberes locais e da participação comunitária (Batista et al., 2026; Almeida et al., 2025; Luna et al., 2024).

Nesse cenário, a roda de conversa constitui estratégia educativa capaz de favorecer relações horizontais, troca de conhecimentos e reflexão coletiva. Experiências de troca de saberes destacam a importância de práticas culturalmente sensíveis e participativas para a construção compartilhada do cuidado (Santos et al., 2024; Laperrière, 2024). Dessa forma, relatar uma experiência de roda de conversa com indígenas Warao sobre

prevenção de ISTs e gravidez na adolescência possibilita refletir sobre educação em saúde intercultural, comunicação e formação de profissionais preparados para atuar junto aos povos indígenas.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma roda de conversa com indígenas Warao sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, destacando as estratégias de educação em saúde utilizadas, os diálogos estabelecidos, a participação dos envolvidos e os aprendizados decorrentes da experiência.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem descritiva e reflexiva, fundamentado em revisão narrativa crítico-reflexiva da literatura, desenvolvido a partir da realização de uma ação de educação em saúde com adolescentes indígenas Warao. A experiência ocorreu em um abrigo destinado à população Warao, constituindo-se como espaço de aproximação entre acadêmicos da área da saúde e a comunidade indígena. Participaram da atividade acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, que atuaram de forma integrada no planejamento, condução e desenvolvimento das atividades educativas.

A fundamentação teórica foi construída mediante levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores identificados no vocabulário DeCS: “Povos Indígenas”, “Educação em Saúde”, “Infecções Sexualmente Transmissíveis” e “Gravidez na Adolescência”. Inicialmente, foram estabelecidas 14 combinações entre os descritores, buscando ampliar a identificação de estudos relacionados ao tema. Posteriormente, para evitar buscas excessivamente redundantes e concentrar os resultados nos eixos diretamente relacionados ao objetivo do capítulo, foram

selecionadas cinco estratégias principais: “Povos Indígenas AND Educação em Saúde”; “Povos Indígenas AND Infecções Sexualmente Transmissíveis”; “Povos Indígenas AND Gravidez na Adolescência”; “Educação em Saúde AND Infecções Sexualmente Transmissíveis”; e “Educação em Saúde AND Gravidez na Adolescência”.

A busca foi realizada na BVS com aplicação dos seguintes filtros: disponibilidade de texto completo, bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF, idioma português e publicação nos últimos cinco anos. Foram identificados 204 resultados na combinação “Povos Indígenas AND Educação em Saúde”, três em “Povos Indígenas AND Infecções Sexualmente Transmissíveis”, dez em “Povos Indígenas AND Gravidez na Adolescência”, 212 em “Educação em Saúde AND Infecções Sexualmente Transmissíveis” e 107 em “Educação em Saúde AND Gravidez na Adolescência”. Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos, foram excluídos registros duplicados e aqueles que não apresentavam relação pertinente com os objetivos e eixos temáticos do capítulo. Ao final desse processo, foram selecionados 15 artigos para compor o referencial da discussão, contemplando estudos sobre educação em saúde, saúde indígena, ISTs, gravidez na adolescência, participação comunitária, interculturalidade e práticas educativas.

Como complemento à literatura científica, foi utilizada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), considerando sua relevância normativa para a compreensão da atenção diferenciada, das especificidades culturais e epidemiológicas, da participação comunitária e da necessidade de adequação dos serviços de saúde às características dos diferentes povos indígenas (BRASIL, 2002). A literatura selecionada e o documento normativo foram utilizados de maneira articulada à experiência vivenciada, permitindo uma reflexão crítico-reflexiva sobre as potencialidades, os desafios e os aprendizados decorrentes da ação.

A atividade educativa foi realizada no quintal do abrigo, sob a sombra de árvores de açaí, em um espaço aberto e organizado para favorecer a interação entre participantes e acadêmicos. Os envolvidos foram dispostos em círculo, buscando estabelecer uma configuração horizontal e acolhedora, diferente do formato tradicional de palestra. Inicialmente, foi realizada uma dinâmica de quebra-gelo, com a finalidade de favorecer a aproximação, reduzir possíveis constrangimentos e criar um ambiente de confiança para a abordagem de temas relacionados à sexualidade e à gravidez na adolescência.

Na sequência, foram utilizados materiais contendo informações em língua portuguesa, cuja comunicação foi mediada por um tradutor vinculado ao abrigo. Esse apoio foi fundamental para facilitar a compreensão das orientações e possibilitar maior interação entre os acadêmicos e os participantes. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica de "batata quente", na qual um brinquedo era passado de mão em mão enquanto uma música era executada. Quando a música era interrompida, o participante que permanecia com o objeto respondia a perguntas relacionadas aos seus conhecimentos, percepções e dúvidas sobre saúde sexual, ISTs e gravidez na adolescência. A estratégia possibilitou transformar a atividade educativa em um momento participativo, estimulando a expressão dos conhecimentos prévios e favorecendo a troca de saberes.

A experiência também possibilitou aos acadêmicos observar aspectos do cotidiano e das condições de vida dos participantes no território do abrigo, ampliando a compreensão sobre os determinantes sociais e as condições que podem interferir no acesso à saúde. As observações realizadas durante a atividade foram utilizadas como elementos para a reflexão sobre educação em saúde, interculturalidade, comunicação, vulnerabilidades sociais e formação profissional, sem identificação individual dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados da experiência permitiram organizar a discussão em quatro eixos principais: acolhimento e construção do vínculo; abordagem das infecções sexualmente transmissíveis; prevenção da gravidez na adolescência; e diálogo, participação e saberes compartilhados. A vivência evidenciou que ações educativas com adolescentes indígenas exigem estratégias participativas, comunicação culturalmente adequada e valorização dos conhecimentos prévios. Nesse sentido, a experiência foi analisada à luz dos estudos selecionados e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que orienta uma atenção diferenciada, considerando especificidades socioculturais, territoriais e epidemiológicas (BRASIL, 2002). Os resultados também demonstraram que a atividade constituiu espaço de aprendizagem mútua, no qual a educação em saúde ultrapassou a transmissão de informações e favoreceu aproximação, escuta, participação e reflexão sobre o cuidado intercultural.

Acolhimento e construção de vínculo

O acolhimento constituiu o primeiro movimento da experiência e foi fundamental para estabelecer um ambiente favorável ao diálogo sobre saúde sexual e gravidez na adolescência. A atividade foi realizada no quintal do abrigo destinado aos indígenas Warao, em espaço aberto e sob a sombra de açaizeiros, onde os participantes e acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia foram organizados em círculo. Essa disposição favoreceu uma relação menos verticalizada, possibilitando aproximação, interação e participação coletiva.

A escolha do formato circular foi acompanhada por uma dinâmica de quebra-gelo, utilizada como estratégia inicial para favorecer a aproximação entre os participantes. Considerando que sexualidade, prevenção de ISTs e gravidez na adolescência podem constituir assuntos sensíveis, iniciar a atividade de maneira lúdica

possibilitou criar gradualmente um ambiente de maior confiança. Nesse sentido, o acolhimento não se restringiu à recepção dos adolescentes, mas esteve relacionado à construção de condições para que pudessem participar de uma discussão sem que o espaço assumisse caráter exclusivamente expositivo.

Outro elemento fundamental foi a presença de um tradutor do próprio abrigo, que auxiliou na comunicação entre os acadêmicos e os participantes. A mediação linguística possibilitou que os materiais preparados em português fossem apresentados e explicados de maneira compreensível, reduzindo uma importante barreira à comunicação. Essa experiência converge com Batista et al. (2026), que identificaram a utilização de intérpretes e adaptações pedagógicas como estratégias importantes em ações de educação em saúde desenvolvidas com população indígena. Dessa forma, a comunicação deve ser compreendida como componente essencial do cuidado, e não apenas como recurso complementar.

A necessidade de adaptar a comunicação também se relaciona aos princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que estabelece a atenção diferenciada e o reconhecimento das especificidades culturais desses povos como elementos fundamentais da assistência (BRASIL, 2002). Almeida et al. (2025) igualmente destacam a importância de considerar as particularidades dos povos indígenas na construção de práticas de saúde, evitando modelos uniformizados que desconsiderem os diferentes modos de vida.

A experiência demonstrou, portanto, que o vínculo precede a própria abordagem educativa. Antes de discutir conteúdos sobre prevenção, foi necessário criar proximidade, utilizar linguagem acessível e reconhecer o contexto dos participantes. A atividade também proporcionou aos acadêmicos uma experiência de aprendizagem sobre a importância da escuta e da sensibilidade cultural, aspectos fundamentais para uma atuação em saúde que ultrapasse a perspectiva exclusivamente biomédica. Nesse processo, o acolhimento tornou-se uma via de mão dupla:

enquanto os estudantes buscavam compartilhar conhecimentos relacionados à prevenção, também precisavam estar disponíveis para conhecer e respeitar os costumes, experiências e formas de compreensão dos adolescentes Warao.

Abordagem das infecções sexualmente transmissíveis

A abordagem das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) constituiu um dos momentos centrais da roda de conversa, sendo desenvolvida de maneira participativa e lúdica. Após o momento inicial de acolhimento, os adolescentes foram convidados a participar da dinâmica da "batata quente", na qual um brinquedo era passado de mão em mão enquanto uma música era executada. Quando a música era interrompida, eram realizadas perguntas relacionadas aos conhecimentos prévios dos participantes sobre saúde sexual e ISTs. A estratégia permitiu introduzir o tema de forma descontraída, favorecendo a expressão dos conhecimentos existentes e a identificação de dúvidas.

A utilização de perguntas como recurso educativo possibilitou compreender que a educação em saúde não deve se limitar à transmissão vertical de informações. Antes de apresentar conteúdos, é necessário reconhecer aquilo que os participantes já sabem, suas formas de compreender o tema e as possíveis lacunas existentes. Conceição et al. (2023) evidenciaram a existência de diferentes níveis de conhecimento sobre ISTs entre jovens, reforçando a importância de estratégias educativas capazes de ampliar informações sobre prevenção, transmissão e cuidados relacionados a essas infecções.

No contexto indígena, entretanto, a discussão sobre ISTs demanda atenção às particularidades culturais e linguísticas. Durante a experiência, a presença do tradutor do abrigo foi indispensável para mediar a comunicação, permitindo que as perguntas e explicações fossem compreendidas pelos participantes. Essa necessidade demonstra que uma informação cientificamente correta pode não produzir o efeito esperado

quando não é comunicada de maneira acessível e culturalmente adequada. Batista et al. (2026) destacam justamente a relevância da utilização de estratégias pedagógicas adaptadas e de recursos de mediação para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com populações indígenas.

Essa perspectiva encontra respaldo na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que estabelece a necessidade de uma atenção diferenciada, considerando as especificidades culturais e epidemiológicas dos diferentes povos (BRASIL, 2002). Dessa forma, a prevenção das ISTs deve estar integrada a práticas que respeitem os modos de vida, as formas de comunicação e os conhecimentos das comunidades.

A atividade também evidenciou a importância da atuação interdisciplinar. A presença conjunta de acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia possibilitou compartilhar responsabilidades na condução da ação e ampliar as perspectivas sobre promoção da saúde. Para além da transmissão de conteúdos biomédicos, a experiência demonstrou que abordar ISTs com adolescentes indígenas requer vínculo, linguagem acessível, escuta e participação.

Nesse sentido, a roda de conversa aproximou-se das experiências descritas por Lambert et al. (2026), nas quais estratégias participativas, perguntas e recursos pedagógicos foram utilizadas para estimular o protagonismo e facilitar discussões relacionadas à sexualidade. Assim, a experiência com os adolescentes Warao reforça que ações educativas sobre ISTs podem ser mais significativas quando transformam os participantes em sujeitos ativos do processo de aprendizagem, valorizando simultaneamente o conhecimento científico e os saberes construídos em seus contextos socioculturais.

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.

A prevenção da gravidez na adolescência foi trabalhada durante a roda de conversa de forma integrada à educação em

saúde sexual, utilizando perguntas e interação como estratégias para estimular a participação dos adolescentes Warao. A dinâmica permitiu abordar o tema sem restringi-lo à apresentação de métodos contraceptivos, buscando favorecer a reflexão sobre prevenção, conhecimento e possibilidades de cuidado.

A gravidez na adolescência constitui fenômeno relacionado a diferentes dimensões da vida, não podendo ser compreendida exclusivamente como resultado de escolhas individuais. Aspectos sociais, familiares, educacionais, culturais e o acesso aos serviços de saúde interferem nas possibilidades de prevenção. Silva (2023) destaca que ações educativas sobre gravidez na adolescência podem apresentar limitações quando desenvolvidas de maneira pontual e predominantemente técnica, reforçando a importância de estratégias que considerem as experiências e necessidades do público.

Nesse sentido, a educação em saúde assume papel relevante ao possibilitar que adolescentes tenham acesso a informações adequadas para a construção de maior autonomia. Silva e Medeiros (2023) ressaltam a importância da atuação da enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência, considerando fatores associados e estratégias educativas como componentes do cuidado. Santiago et al. (2022) também demonstram a relevância de intervenções educativas direcionadas a adolescentes, evidenciando que ações dessa natureza podem contribuir para ampliar conhecimentos e favorecer práticas de cuidado.

No contexto indígena, entretanto, a prevenção precisa ser desenvolvida sem desconsiderar valores, costumes e formas próprias de organização social. A PNASPI orienta uma atenção diferenciada aos povos indígenas, fundamentada no reconhecimento de suas especificidades culturais e na participação comunitária (BRASIL, 2002). Portanto, discutir gravidez na adolescência com adolescentes Warao exige uma abordagem respeitosa, não moralizante e culturalmente sensível.

A experiência evidenciou ainda que a comunicação constitui elemento indispensável nesse processo. A participação do tradutor do abrigo permitiu adaptar as informações e favorecer sua compreensão. Assim, a prevenção da gravidez na adolescência mostrou-se inseparável do direito à informação acessível, ao diálogo e ao cuidado culturalmente adequado. Para os acadêmicos, a experiência também possibilitou compreender que promover saúde não significa impor conhecimentos, mas construir caminhos de cuidado em conjunto com os sujeitos e suas realidades.

Diálogo, participação e saberes compartilhados

A experiência com os adolescentes Warao possibilitou compreender a educação em saúde como um processo de construção compartilhada, no qual acadêmicos e participantes assumem posições ativas. A organização em roda e a utilização de estratégias lúdicas favoreceram a interação e permitiram que os adolescentes expressassem seus conhecimentos e percepções sobre saúde sexual e gravidez na adolescência. Dessa maneira, a atividade ultrapassou o modelo tradicional de transmissão vertical de informações e valorizou o diálogo como instrumento educativo.

A dinâmica da "batata quente" contribuiu para estimular a participação, tornando a abordagem dos temas mais descontraída e acessível. Ao responderem às perguntas propostas, os adolescentes puderam compartilhar conhecimentos prévios, enquanto os acadêmicos identificavam aspectos que poderiam ser aprofundados durante a atividade. Essa metodologia aproxima-se das experiências descritas por Luna et al. (2024), que destacam a utilização de estratégias participativas como possibilidade de fortalecimento do protagonismo indígena e valorização dos sujeitos no processo educativo.

O encontro também representou uma oportunidade de aprendizagem para os próprios acadêmicos. Além de

compartilharem informações relacionadas à prevenção, os estudantes tiveram contato com costumes, experiências e formas de compreender a realidade que não estão necessariamente presentes em sua formação acadêmica. Santos et al. (2024) ressaltam a importância da troca entre conhecimentos científicos e saberes tradicionais para a construção compartilhada do cuidado, especialmente em contextos amazônicos.

Essa perspectiva encontra respaldo na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que reconhece a necessidade de considerar as especificidades culturais e estimular a participação indígena nas ações de saúde (BRASIL, 2002). Assim, o diálogo intercultural pressupõe reconhecer os adolescentes como sujeitos capazes de contribuir para a construção do conhecimento, e não apenas como destinatários das orientações dos profissionais.

Laperrière (2024) também chama atenção para a importância de práticas educativas que incorporem efetivamente as perspectivas indígenas. Nesse sentido, a experiência demonstrou que a educação em saúde pode produzir aprendizagens em ambas as direções. Os acadêmicos compartilharam conhecimentos sobre prevenção, enquanto os adolescentes e o contexto do abrigo possibilitaram aos estudantes ampliar sua compreensão sobre cultura, cotidiano e modos de vida Warao. Assim, o diálogo constituiu elemento essencial para uma formação em saúde mais humana, intercultural e comprometida com a realidade dos povos indígenas.

CONCLUSÃO

A experiência da roda de conversa com adolescentes indígenas Warao possibilitou compreender a educação em saúde como uma prática que ultrapassa a transmissão de informações, constituindo-se como espaço de acolhimento, diálogo, participação e construção compartilhada de conhecimentos. A utilização de estratégias lúdicas, a organização dos participantes

em círculo e a mediação linguística contribuíram para favorecer a comunicação e a aproximação entre acadêmicos e adolescentes.

A abordagem das infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência demonstrou a importância de desenvolver ações educativas contínuas, acessíveis e culturalmente sensíveis, considerando os conhecimentos prévios, as particularidades linguísticas e os diferentes modos de vida dos povos indígenas. A experiência também evidenciou que o cuidado em saúde precisa reconhecer os sujeitos como participantes ativos na construção das práticas de promoção e prevenção.

Para os acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, a vivência representou importante oportunidade de formação interdisciplinar e humana, permitindo reconhecer desafios relacionados às condições sociais e ao acesso à saúde, mas também aprender com os costumes, conhecimentos e experiências dos adolescentes Warao. Assim, a atividade reforçou a necessidade de uma atuação profissional pautada no respeito à diversidade, na interculturalidade, na escuta qualificada e na valorização dos saberes indígenas, em consonância com os princípios da atenção diferenciada aos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Gislaine Recaldes de; PICOLI, Renata Pálopi; WELCH, James Robert; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. *Adequação da assistência pré-natal ofertada à mulher indígena: características maternas e dos serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/c6zxvbqdWvDkzNvDh663ZMf/. Acesso em: 7 set. 2026.

ALMEIDA, Raíssa Moura de; PAES, Fernanda Teixeira; GOMES, Adaide de Sousa; LACERDA, Rubia Gabriela Ferreira; WAY WAY, Janis Rodrigues de Sousa; RIBEIRO, Nayure Lopes; BRAGA, José

Oendeson Carvalho; CASTRO, Nádile Juliane Costa de. *Saúde, educação e direitos dos povos indígenas e das comunidades tradicionais, sob a lente das organizações nacionais e internacionais. Saúde em Redes*, v. 11, n. 2, 2025, 4533. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2025v11n2.4533. Disponível em: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2025v11n2.4533. Acesso em: 7 set. 2026.

BATISTA, Haurann Dourado; GHOSN, Samira Fernandes; MEDEIROS, João Pedro Cavalcante de; OLIVEIRA, Renata Sabrina Silva; SANTOS, Saulo Barreto Cunha dos. *Educação em saúde e primeiros socorros: desafios e experiências em comunidade indígena. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2026. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4617. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4617. Acesso em: 7 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 8 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002.* Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/1765.html. Acesso em: 8 set. 2026.

CODEÇO, Manuela Maciel Souza; MONTEIRO, Simone Souza; LEAL, Andrea Fachel; NEVES, André Luiz Machado das; BARBOSA, Regina Maria; NEVES, Naiara Maria Santana; KNAUTH, Daniela Riva; MAGNO, Laio. *Experiências de iniciação sexual e desigualdades de gênero entre adolescentes em um bairro de alta*

vulnerabilidade social em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 42, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT129925. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT129925. Acesso em: 8 set. 2026.

COMONIAN, Julia Oliveira; OLIVEIRA, Adriana Carla Feques Carvalho de; NASSER, Larissa Cotrofe Santoro; CAPRIO, Raquel de Moraes Barbosa; LAROUZÉ, Bernard; SÁNCHEZ, Alexandra Augusta Margarida Maria Roma. *A intersetorialidade na saúde sexual e reprodutiva das mulheres privadas de liberdade: do contexto nacional ao município do Rio de Janeiro, 2003-2024. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 15, 2026, e2026005. DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.e2026005. Disponível em: https://doi.org/10.17566/ciads.e2026005. Acesso em: 8 set. 2026.

CONCEIÇÃO, Beatriz Diniz da; BECHEL, Isabela Crestani; BIASI, Isabela Pretto; MAIOLI, Anna Laura Holler; MACEDO, Juliana Lopes de; MOCELLIN, Lucas Pitrez da Silva. *Fatores associados ao conhecimento de universitários no sul do Brasil sobre infecções sexualmente transmissíveis.* 2023. [Artigo científico]. Acesso em: 8 set. 2026.

LAMBERT, Carla Brunetti; DRUMOND, Nadilu Cardoso; RODRIGUES, Alana Pereira; LIMA, Denise Bussú; IGLESIAS, Alexandra. *Projeto "Direto ao ponto": uma experiência do cuidado ao adolescente. Psi Unisc*, v. 10, 2026. DOI: https://doi.org/10.17058/psiunisc.v10i.19030. Disponível em: https://doi.org/10.17058/psiunisc.v10i.19030. Acesso em: 8 set. 2026.

LAMPERRIÈRE, Hélène. *Descolonizando a Educação Popular em Saúde: por uma inclusão das visões indígenas na promoção de territórios culturalmente saudáveis e seguros. Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v. 28, e230173, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.230173. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230173. Acesso em: 8 set. 2026.

LEMOS, Elizabeth Borges. *Diagnóstico e construção de propostas para o fortalecimento da rede de cuidado às gestantes com sífilis alérgicas à penicilina no estado do Rio de Janeiro.* 2024. [Trabalho acadêmico]. Acesso em: 8 set. 2026.

LUNA, Willian Fernandes; MALVEZZI, Cecília; SILVA, Denis Delgado da; RIBEIRO, Ana Elisa Rodrigues Alves; FERREIRA, Ivanildo da Silva; BORGES, Vanessa Carneiro; LOPES, Claudiana Brazão; SILVA, Ana Paula Alves da. *Narrativas de participantes do Curso Introdução à Saúde dos Povos Indígenas: protagonismo e diversidade para o trabalho nos contextos indígenas. O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 48, e15892024, 2024. DOI: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15892024P. Disponível em: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15892024P. Acesso em: 7 set. 2026.

MOURA, Adryelle Katheline D'Elia de; FREITAS, Glênio Alves de; PÍCOLI, Renata Palópoli. *Fatores associados ao óbito em gestantes e puérperas indígenas e não indígenas hospitalizadas por COVID-19, no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, e07432024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.07432024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.07432024. Acesso em: 8 set. 2026.

SANTIAGO, Roberta Fortes; NERY, Inez Sampaio; ANDRADE, Elaine Maria Leite Rangel; MENDES, Isabel Amélia Costa; NOGUEIRA, Márcia Teles de Oliveira; ROCHA, Silvana Santiago da; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de. *Efeito de intervenção educativa online na qualidade de vida de gestantes adolescentes.* 2022. [Artigo científico]. Acesso em: 8 set. 2026.

SANTOS, William Pereira; MORAES, Inna Silva de; RODRIGUES, Maria do Perpétuo Socorro da Silva; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; FERLA, Alcindo Antônio. *Diálogos decoloniais sobre o parir: a experiência das oficinas de trocas de saberes com parteiras tradicionais do*

Amazonas. Saúde em Redes, v. 10, n. 3, 4557, 2024. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n3.4557. Disponível em: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n3.4557. Acesso em: 7 set. 2026.

SILVA, Dhara da Conceição; MEDEIROS, Renata Barros Pereira. *Assistência de enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 5, 2023. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-033. Disponível em: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-033. Acesso em: 8 set. 2026.

SILVA, Jéssica Karoline Barbosa da. *Significações construídas por mulheres que engravidaram na adolescência sobre atividades de prevenção à gravidez desenvolvidas pela escola.* 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/D.22.2022.tde-16122022-163206. Disponível em: https://doi.org/10.11606/D.22.2022.tde-16122022-163206. Acesso em: 8 set. 2026.

CAPÍTULO 8
DO OLHAR À COMUNICAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES PARA A INCLUSÃO DE CRIANÇAS NEURODIVERGENTES

Iana Beatriz de Freitas Lira
Marcel Branches dos Santos
Vanessa Beatriz Mota Soares
Marina Silva Nicolau Taketomi
Daliane Ferreira Marinho

Resumo
A inclusão, assegurada constitucionalmente, somente se efetiva mediante mecanismos comportamentais e comunicacionais que favoreçam a autonomia e o acolhimento da pessoa com deficiência. No contexto escolar, marcado pela heterogeneidade de seu público, impõe-se a superação de barreiras estruturais e atitudinais. Nesse sentido, discentes do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII, após visita técnica a uma instituição de ensino fundamental que atende crianças neurodivergentes, identificaram a necessidade de promover ações formativas junto ao corpo docente. A intervenção teve por finalidade contribuir para a construção de um ambiente escolar mais inclusivo e oferecer suporte aos professores no manejo pedagógico desse público. A atividade fundamentou-se na metodologia da problematização, operada por meio do Arco de Maguerez. Como desdobramento, os docentes passaram a dispor de estratégias diferenciadas de intervenção, com expectativa de consolidação de práticas pedagógicas mais adequadas às necessidades das crianças com deficiências cognitivas.
Palavras-Chave: Neurodiversidade. Educação inclusiva. Estratégias de Comunicação.

Abstract
Inclusion, while constitutionally guaranteed, is only truly realized through behavioral and communicative mechanisms that foster the autonomy and acceptance of individuals with disabilities. In the school setting—characterized by a diverse student body—overcoming structural and attitudinal barriers is essential. Accordingly, Physiotherapy students from the State University of Pará (UEPA), Campus XII, identified a need to conduct training initiatives for the teaching staff following a technical visit to na elementary school serving neurodivergent children. The intervention aimed to contribute to creating a more inclusive school environment and to support teachers in the pedagogical management of this student group. The activity was grounded in the problem-based learning methodology, specifically utilizing the Maguerez Arc. As a result, teachers gained access to distinct intervention strategies, with the expectation that this would lead to the consolidation of pedagogical practices better suited to the needs of children with cognitive disabilities.
Keywords: Neurodiversity. Inclusive education. Communication strategies.

INTRODUÇÃO

A inclusão de crianças neuro divergentes na educação infantil do Brasil é um tópico de grande relevância no cenário contemporâneo da rede de ensino. Esta fase inicial da jornada educacional é fundamental, pois ele representa a formação das crianças, estabelecendo bases para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Desse modo, a inclusão de crianças atípicas é essencial para assegurar oportunidades educacionais equitativas a todos os alunos (PEREIRA, 2023).

A Constituição Federal de 1988, legalmente prevê o atendimento igualitário às demandas educacionais individuais das crianças no Brasil, tal como consta no Estatuto da Criança e do Adolescente, (LEI nº 8.069, ECA, 1990), em seu artigo 54, parágrafo III, a reclamação da garantia do "atendimento especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na

rede regular de ensino". Entretanto, é notório que, os estigmas associados às crianças neuro divergentes e falta de reconhecimento da singularidade destes geram resistência de oportunidades escolares, sobretudo em instituições ainda pouco adaptadas a essa demanda, dificultando a concretização dessa proposta (SILVA, 2022).

A inclusão das crianças com necessidades especiais não somente refere-se ao direito à educação, mas como essa educação é fornecida, sendo ela adequada e adaptada às singularidades desses alunos por meio dos educadores, assegurando assim a permanência destes no ambiente escolar. Contudo, parcela significativa dos professores e mediadores declara não se sentir suficientemente preparada para responder às necessidades educacionais especiais desse público (SILVA, 2022).

Diante desse cenário, torna-se evidente a importância de ações de informação e capacitação dirigidas a professores e mediadores sobre as dificuldades inerentes ao ensino de crianças neurodivergentes, com o intuito de promover uma inclusão escolar efetiva e, consequentemente, favorecer o desenvolvimento escolar e pessoal desses alunos.

OBJETIVOS

Geral: Promover a capacitação de professores e mediadores de uma instituição de ensino fundamental acerca da neurodiversidade e das estratégias de comunicação dirigidas a crianças neurodivergentes, visando à consolidação de um ambiente escolar mais acolhedor e inclusivo.

Específicos: Identificar, por meio de observação in loco, as principais dificuldades enfrentadas pelos docentes no ensino de crianças neurodivergentes;

Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos docentes no processo de ensino de crianças neurodivergentes;

Elaborar material informativo sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade (TDAH), orientado às necessidades do público docente;

Realizar palestra interativa e roda de conversa destinadas ao compartilhamento de experiências e à discussão de estratégias pedagógicas práticas;

Disponibilizar folders informativos contendo orientações acerca do manejo comportamental e das estratégias de comunicação em sala de aula.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho configura-se como relato de experiência decorrente de atividade de extensão universitária desenvolvida por discentes do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII, no segundo semestre de 2025. A intervenção foi estruturada segundo a metodologia da problematização, operacionalizada por meio do Arco de Maguerez, que compreende as etapas de observação da realidade, identificação de pontos-chave, teorização, formulação de hipóteses de solução e aplicação à realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

A etapa de observação da realidade consistiu em visita técnica realizada em 09 de outubro de 2025 à instituição de ensino fundamental parceira. O propósito foi analisar o ambiente escolar, as dinâmicas pedagógicas e as condições de trabalho dos docentes. Durante a imersão, registraram-se as principais dificuldades relatadas por professores e mediadores, com ênfase na insuficiente preparação para o atendimento de alunos neurodivergentes. Observaram-se, ainda, aspectos estruturais e organizacionais da instituição. Com base nas observações realizadas, o grupo elegeu, como intervenção prioritária, a realização de uma palestra seguida de roda de conversa com os professores, centrada no tema das crianças atípicas. A escolha decorre da relevância da temática e da necessidade de discutir estratégias adequadas de atendimento a esse público, cuja

presença tem se ampliado na rede de ensino, visando o respeito às suas necessidades e individualidades.

Na identificação dos pontos-chave, privilegiaram-se as barreiras pedagógicas e comunicacionais associadas ao ensino de crianças com TEA e TDAH. Tais dificuldades comprometem o processo de ensino-aprendizagem e o desenvolvimento dos estudantes, resultando em um espaço escolar ainda pouco preparado para responder às suas especificidades. Ademais, os docentes da instituição relataram dificuldades na promoção de metodologias efetivas que contemplem as necessidades especiais das crianças neurodivergentes. Considerando o aumento da frequência desses estudantes nas instituições de ensino e a diversidade de suas individualidades, o acesso a informações e estratégias pedagógicas adequadas revela-se fundamental.

A teorização, terceira etapa do Arco de Maguerez, fundamentou-se em revisão de literatura realizada em bases como SciELO, PubMed e LILACS, mediante o emprego dos descritores "neurodiversidade", "inclusão escolar", "Comunicação Aumentativa e Alternativa", "TEA" e "TDAH". Foram selecionados artigos científicos, obras de referência e dispositivos legais que embasaram a construção do conteúdo formativo.

Nessa etapa, delimitou-se o conceito de neurodiversidade como o reconhecimento da existência de múltiplas formas de funcionamento neurológico, sem a presunção de um padrão único de normalidade (ARAUJO, 2023). Distinguem-se indivíduos neurotípicos, cujo funcionamento se alinha aos parâmetros socialmente hegemônicos, e neurodivergentes, cujas características de desenvolvimento e funcionamento se afastam desse padrão, abrangendo condições como TEA, TDAH, transtornos específicos de aprendizagem, altas habilidades/superdotação, entre outras (GAIATO, 2022).

O estudo centrou-se nos dois transtornos do neurodesenvolvimento de maior prevalência no contexto escolar: o TEA, caracterizado por prejuízos na interação social e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento,

classificado em níveis de suporte; e o TDAH, que se manifesta por dificuldades de sustentação da atenção, impulsividade e hiperatividade (GAIATO, 2024).

A fundamentação legal foi ancorada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), que garantem condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem mediante a eliminação de barreiras. Destacou-se, ainda, a importância da formação docente e o papel da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), especialmente o Picture Exchange Communication System (PECS), como ferramenta para superar desafios comunicativos (BEUKELMAN, 2020; SILVA, 2017; BARRETO, 2021).

Na formulação de hipóteses de solução, constituindo a quarta etapa do arco, propuseram-se ações de atualização informativa, capacitação docente e introdução de metodologias pedagógicas sensíveis às singularidades das crianças neurodivergentes. Após deliberação coletiva, definiu-se pela realização de palestra associada a roda de conversa, com ênfase na interação e na troca de experiências profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação da realidade ocorreu em 13 de novembro de 2025, no turno matutino, junto a professores e mediadores da educação infantil e do ensino fundamental. Seguindo orientações da professora orientadora, as atividades iniciaram-se com exercícios de alongamento e relaxamento, visando promover descontração e receptividade dos participantes.

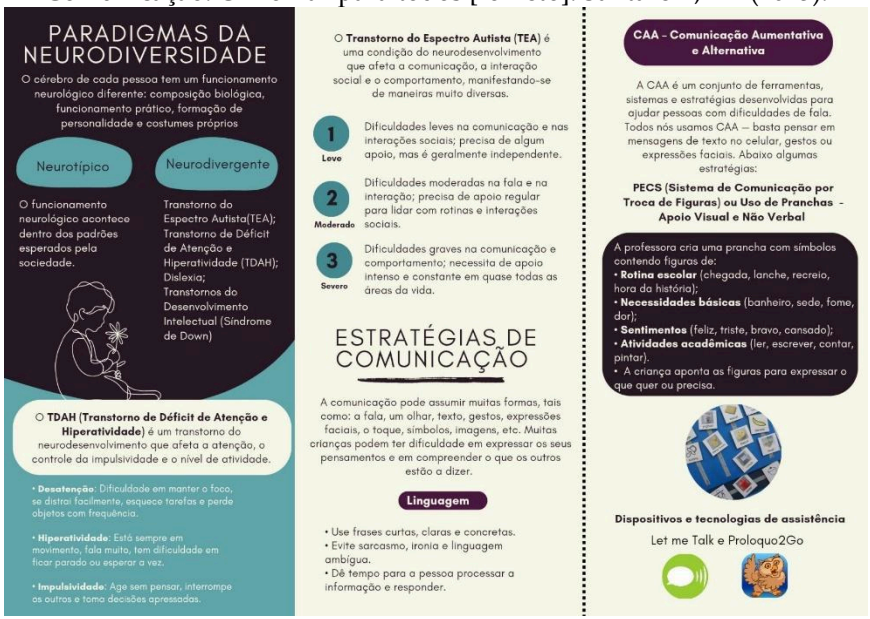
Em seguida, foram distribuídos folders informativos sobre neurodiversidade, contendo orientações práticas sobre manejo de comportamentos desafiadores, dificuldades de comunicação e estruturação de rotina escolar. A palestra abordou o conceito de neurodiversidade, a importância da inclusão escolar e as dificuldades comuns enfrentadas pelos docentes.

Figura 1. Frente do folder informativo (3 dobras) – Neurodiversidade e Comunicação: Um olhar para todos [folheto]. Santarém, PA (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 2. Verso do folder informativo (3 dobras) – Neurodiversidade e Comunicação: Um olhar para todos [folheto]. Santarém, PA (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Inicialmente, delimitou-se o conceito de neurodiversidade, fundamentado no reconhecimento de que cada indivíduo apresenta um funcionamento neurológico singular. Tanto em sua constituição biológica quanto em sua funcionalidade cotidiana, manifestada na formação da personalidade, nos hábitos e nos modos de pensamento, o cérebro humano exibe variações naturais. Assim, não se configura a existência de um padrão correto ou incorreto de funcionamento cerebral, mas de diferentes formas de organização neurológica (ARAUJO, 2023).

Nesse contexto, distinguiram-se pessoas neurotípicas e neurodivergentes: consideram-se neurotípicos aqueles cujo funcionamento neurológico se enquadra nos parâmetros usualmente aceitos pela sociedade; o termo "neurodivergência", por sua vez, designa indivíduos cujo desenvolvimento e funcionamento cerebral divergem do padrão considerado típico, como ocorre no Transtorno do Espectro Autista (TEA) e no

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (GAIATO, 2024). Ressaltou-se, ainda, que o conceito atualmente abrange também Transtornos Específicos de Aprendizagem (dislexia, disgrafia e discalculia), Síndrome de Tourette, Altas Habilidades/Superdotação (AHSD), Transtornos do Desenvolvimento Intelectual, determinados transtornos mentais e condições que afetam o sistema nervoso central (GAIATO, 2022).

A exposição concentrou-se, em seguida, nos dois transtornos do neurodesenvolvimento mais frequentes no ambiente escolar: o TEA e o TDAH. Caracterizou-se o TEA pelos prejuízos na interação social e pelos padrões restritos e repetitivos de comportamento, destacando-se a classificação em três níveis de suporte e a possibilidade de variação da necessidade de apoio conforme a habilidade considerada (GAIATO, 2024). Quanto ao TDAH, evidenciou-se sua natureza de início precoce, marcada pela falta de constância em atividades que demandam participação cognitiva, pela impulsividade e pela atividade global desorganizada (PEREIRA,2023).

Após a fundamentação conceitual e legal, ancorada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), enfatizou-se o papel central do professor na mediação do processo de aprendizagem de estudantes com necessidades educacionais especiais, bem como a importância da formação docente para a efetivação de uma escola verdadeiramente inclusiva (SILVA, 2017; BARRETO, 2021).

Nesse sentido, a comunicação humana foi apresentada como fenômeno que transcende a fala, abrangendo gestos, expressões faciais, entonação e até o silêncio, dimensão particularmente relevante no trabalho com crianças neurodivergentes (GAIATO, 2024).

A partir dessa compreensão, dedicou-se atenção especial às estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), apresentadas como conjunto de recursos e métodos destinados a superar as barreiras comunicativas cotidianas enfrentadas por muitos indivíduos neurodivergentes. Ressaltou-se que a CAA

compreende tanto sistemas sem ajuda, como gestos e sinais manuais, quanto sistemas com ajuda, que envolvem o uso de imagens, livros de comunicação, dispositivos eletrônicos e softwares específicos, devendo sempre ser personalizados conforme as necessidades e o perfil de cada estudante.

Nesse contexto, destaca-se o Picture Exchange Communication System (PECS) como um dos métodos mais difundidos e acessíveis no âmbito educacional. Explicou-se que o sistema fundamenta-se na troca de figuras para possibilitar a expressão de desejos, necessidades e ideias, sendo particularmente útil para crianças autistas não verbais ou com comunicação verbal limitada. Detalhou-se a progressão estruturada do método, que se inicia com a entrega voluntária de uma figura isolada e evolui, de forma gradual, para a construção de frases simples (por exemplo, "eu quero [figura]"), ampliando progressivamente o repertório comunicativo do aluno. Enfatizou-se, ainda, a importância de que o ensino do PECS seja conduzido por profissionais capacitados, os quais devem orientar tanto educadores quanto famílias para o uso consistente e funcional do sistema em diferentes contextos (BEUKELMAN, 2020).

Mencionaram-se, por fim, as versões digitais do PECS, a exemplo do aplicativo PECS Talk™, que permitem a montagem de frases na tela com posterior vocalização pelo dispositivo, favorecendo não apenas a comunicação, mas também a associação entre sons e imagens e o processamento mais adequado da informação. A apresentação dessas estratégias visou instrumentalizar os docentes com ferramentas concretas e aplicáveis, capazes de ampliar as possibilidades de participação e expressão das crianças neurodivergentes no ambiente escolar.

Além disso, foi desenvolvida a dinâmica "mito ou verdade", na qual foram apresentadas afirmações sobre TEA e TDAH: "O autismo é causado por vacinas"; "Há predominância em homens"; "Existe cura para o autismo"; "A agressividade pode acontecer por dificuldades de comunicação"; "Pessoas com autismo não são

inteligentes e não possuem empatia". Os participantes votaram e justificaram suas respostas com base em conhecimentos prévios, o que favoreceu a desconstrução de estigmas e a construção coletiva de saberes.

Posteriormente, realizou-se uma roda de conversa na qual os docentes compartilharam experiências, limitações e frustrações do cotidiano pedagógico. Esse momento mostrou-se especialmente rico, pois permitiu o reconhecimento mútuo entre os profissionais, a escuta ativa e o fortalecimento coletivo. As contribuições do grupo enriqueceram o diálogo e reforçaram a compreensão sobre a importância da inclusão e do apoio entre pares.

Os resultados indicam que a ação proporcionou aos professores e mediadores novas estratégias de manejo e comunicação, além de um espaço de acolhimento e troca de experiências. Espera-se que tais desdobramentos contribuam para a consolidação de práticas pedagógicas mais sensíveis às necessidades das crianças neurodivergentes, favorecendo sua permanência, autonomia e desenvolvimento integral no contexto escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da metodologia do Arco de Maguerez possibilitou aos discentes uma apreensão ampliada e crítica da realidade escolar, ao estruturar o processo investigativo em etapas sucessivas e interdependentes. A escolha da temática decorreu do reconhecimento de sua relevância social, considerando o incremento do número de crianças com diagnóstico de condições neurodivergentes e a imperiosa necessidade de que o espaço escolar seja capaz de acolher a diversidade e responder adequadamente às especificidades de todos os educandos.

A ação extensionista realizada contribuiu para que professores e mediadores dispusessem de conhecimentos e estratégias práticas orientadas ao atendimento de alunos com déficits cognitivos, favorecendo a promoção de sua autonomia e a

construção de um ambiente escolar mais inclusivo e humanizado. Recomenda-se a continuidade de iniciativas formativas e o fortalecimento de parcerias entre a universidade e as instituições de educação básica, com vistas à consolidação de práticas inclusivas sustentáveis e à efetivação do direito à educação de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. C. B.; MARTINS, S. S. N.; FORMIGA BISPO, M. L. S. O atendimento educacional especializado virtual para alunos com deficiência intelectual (DI) no ensino fundamental anos finais. In: Simpósio Internacional de Educação e Comunicação – SIMEDUC, 10., 2021. Anais [...]. 2021.

BEUKELMAN, David R.; LIGHT, Janice C. Augmentative and alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs. 5. Ed. Baltimore: Paul H. Brookes, 2020.

BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1982. 312 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular. Brasília, DF: MEC, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

GAIATO, Mayra. Cérebro singular: como estimular crianças no espectro autista ou com atrasos no desenvolvimento. São Paulo: Versos Editora, 2022.

GAIATO, Mayra. Me ajuda a falar. 1. Ed. São Paulo: Versos Editora, 2024.

PEREIRA, Rosilene Barrento Silva. Estratégias de inclusão para crianças com TEA na educação infantil. 1. Ed. Rio de Janeiro: Imperial, 2023.

SILVA, E. F. E.; ELIAS, L. C. D. S. Inclusão de alunos com deficiência intelectual: recursos e dificuldades da família e de professoras. Educação em Revista, v. 38, p. e26627, 2022.

CAPÍTULO 9
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO INCLUSIVO AO PÚBLICO LGBTQIAPN+: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO EXTENSIONISTA EM SANTARÉM, PARÁ

Ana Camille Viana Falcão Brito
Rayane Pires da Silva
Raquel Castro Carvalho
Lívia de Aguiar Valentim

Resumo
A garantia do acesso universal, integral e equitativo à saúde constitui um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a população LGBTQIAPN+ ainda enfrenta barreiras relacionadas ao preconceito e à invisibilidade de suas demandas e à insuficiente capacitação dos profissionais. Relato de experiência de uma ação extensionista intitulada "Capacitação de Profissionais para Atendimento Inclusivo ao Público LGBTQIAPN+", desenvolvida pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), em Santarém, Pará. A atividade foi direcionada a enfermeiros e técnicos de enfermagem de unidades de saúde da zona urbana e teve como objetivo promover atendimento inclusivo e humanizado. Foram realizadas 20 horas de atividades, incluindo revisão bibliográfica, elaboração de cartilha educativa e capacitação presencial, com participação de 28 profissionais. As atividades envolveram dinâmicas, questionários, exposição dialogada, discussão de situações práticas e roda de conversa com representantes da comunidade LGBTQIAPN+. A experiência evidenciou avanços na compreensão dos participantes e potencializou práticas de acolhimento e cuidado sem discriminação.
Palavras-Chave: Minorias Sexuais e de Gênero. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Educação Permanente. Enfermagem. Equidade em Saúde.

Abstract
Universal, comprehensive, and equitable access to health care is a fundamental principle of the Brazilian Unified Health System (SUS). However, the LGBTQIAPN+ population still faces barriers related to prejudice, discrimination, invisibility of specific needs, and insufficient professional training. This chapter presents an experience report of an extension activity entitled "Training Health Professionals for Inclusive Care of the LGBTQIAPN+ Population", developed by the Pará State University (UEPA) in Santarém, Pará, Brazil. The activity targeted nurses and nursing technicians from urban health units and aimed to promote inclusive and humanized care. Twenty hours of activities were conducted, including a literature review, development of an educational booklet, and face-to-face training, with the participation of 28 professionals. Activities included group dynamics, questionnaires, dialogical presentations, discussion of practical situations, and a conversation circle with a representative of the LGBTQIAPN+ community. The experience demonstrated improvements in participants' understanding and strengthened welcoming and non-discriminatory care practices.
Keywords: Sexual and Gender Minorities. Primary Health Care. Health Education. Continuing Education. Nursing. Health Equity.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, que determina ser dever do Estado fornecer os meios necessários para garantir a manutenção do bem-estar dos indivíduos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por promover serviços assistenciais de qualidade, baseados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Palmeira et al., 2022).

A sigla LGBTQIAPN+ representa uma comunidade diversa, composta por lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, pessoas queer, intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, sendo que símbolo + tem a função de incluir todas as demais identidades presentes na bandeira do movimento, reconhecendo a ampla pluralidade de orientações sexuais e de expressões de gênero

existentes (Pinheiro, 2024). Historicamente, essa população tem enfrentado múltiplas barreiras para acessar direitos fundamentais, incluindo a garantia de acesso à saúde (Ferreira et al., 2026).

As barreiras para o acesso aos serviços de saúde dessa população ainda é frequentemente limitado por preconceitos, estigmas e práticas de exclusão social, evidenciando assim as desigualdades estruturais ainda presentes em nossa sociedade (Borda, Duarte; 2023). Esse cenário contribui para um ciclo de invisibilidade da comunidade LGBTQIAPN+ nas políticas públicas de saúde, uma vez que suas necessidades específicas são frequentemente negligenciadas, o que compromete a efetividade da atenção integral a essa população (Silva et al., 2025).

Muitos profissionais ainda apresentam dificuldades para prestar uma assistência universal e sem preconceitos para pacientes que se identificam como LGBTQIAPN+, o que colabora para o afastamento dessa população dos serviços de saúde (Cruz Neto et al., 2023). Essa dificuldade decorre, muitas vezes, de crenças pessoais ou pela ausência de formação adequada sobre o tema, o que faz com que muitos profissionais reproduzam, mesmo sem intenção, preconceitos presentes na sociedade (Ferreira, Roque, Silva, Gonçalves; 2025).

Segundo Souza e Randow (2024), a falta de formação e capacitação adequadas dos profissionais compromete o atendimento e a efetividade do cuidado à população LGBTQIAPN+. Essa carência de educação técnica entre os profissionais de saúde favorece, de forma inconsciente, a reprodução de preconceitos e estigmas ao lidarem com questões específicas dessa comunidade, impactando diretamente na qualidade do cuidado prestado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura um modelo de cuidado baseado na universalidade e na integralidade; entretanto, ainda apresenta limitações quanto à sua efetivação plena no cuidado e na assistência à população LGBTQIAPN+. Na prática, percebe-se que esses princípios, apesar de essenciais, nem sempre

são aplicados de forma igualitária a essa população, que frequentemente enfrenta situações negativas dentro do sistema, marcadas por discriminação, falta de informação e atendimento ineficiente. Diante desse cenário, evidencia-se a importância de capacitar os profissionais de saúde para promover um cuidado igualitário, acolhedor e inclusivo à população LGBTQIAPN+.

OBJETIVOS

Capacitar profissionais de enfermagem para a promoção de um atendimento inclusivo, humanizado e equitativo à população LGBTQIAPN+.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E METODOLOGIA

Este capítulo apresenta um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de Enfermagem do 8º semestre durante a participação na ação de extensão "Capacitação de Profissionais para Atendimento Inclusivo ao Público LGBTQIAPN+", sob orientação da docente Lívia de Aguiar Valentim, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – Santarém. A experiência foi desenvolvida com enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em unidades de saúde da zona urbana de Santarém, Pará, reunindo 28 participantes. A atividade presencial foi realizada nas dependências da universidade e integrou um projeto com carga horária total de 20 horas.

O desenvolvimento ocorreu em etapas articuladas, iniciando-se pela busca e revisão da literatura, que subsidiou a seleção e organização dos conteúdos. Em seguida, as acadêmicas, juntamente com a docente responsável, participaram da elaboração, edição e ilustração de uma cartilha educativa, posteriormente impressa e disponibilizada aos profissionais como material de apoio. A etapa final correspondeu à capacitação presencial, planejada a partir das necessidades identificadas e estruturada em uma perspectiva teórico-prática, participativa e

dialógica. Dessa forma, a experiência envolveu não apenas a execução do encontro, mas também estudo, planejamento, produção de material educativo e organização das estratégias pedagógicas.

A cartilha foi elaborada como instrumento de apoio à capacitação e de consulta posterior, reunindo conteúdos relacionados ao atendimento da população LGBTQIAPN+. Foram abordados conceitos e terminologias sobre diversidade sexual e de gênero, nome social e pronomes, comunicação respeitosa, acolhimento humanizado, privacidade e sigilo, ética profissional, direitos e políticas públicas, vulnerabilidades em saúde, IST/HIV/AIDS, saúde mental, violência e barreiras de acesso. A seleção desses conteúdos buscou aproximar aspectos conceituais das situações encontradas no cotidiano dos serviços, favorecendo a articulação entre conhecimento teórico e prática profissional.

A atividade presencial ocorreu em 26 de novembro, na sala 09 da UEPA, e foi organizada de modo a estimular a participação ativa dos profissionais. Após a acolhida e apresentação dos objetivos, realizou-se o "Jogo do Privilégio", adaptado ao contexto da saúde, como estratégia de sensibilização para discutir desigualdades, discriminação e diferentes experiências sociais relacionadas ao acesso aos serviços. Em seguida, foi aplicado um pré-questionário para identificar conhecimentos prévios, percepções e dificuldades dos participantes. A capacitação prosseguiu com a discussão de identidade de gênero, orientação sexual, expressão de gênero e nome social, utilizando exemplos relacionados à rotina das unidades básicas de saúde e possibilidades de comunicação capazes de reduzir situações de constrangimento.

Na sequência, foram trabalhados acolhimento humanizado, escuta ativa, privacidade, sigilo, marcos legais, responsabilidades éticas, vulnerabilidades em saúde, prevenção combinada, IST/HIV/AIDS e saúde mental. A dinâmica "Você decide?" aproximou esses conteúdos de situações práticas, permitindo que os participantes analisassem possíveis condutas diante de

diferentes situações envolvendo usuários LGBTQIAPN+. Outro momento de destaque foi a roda de conversa com Adiara Pereira, presidente da associação "Vozes da Diversidade", cuja participação possibilitou o contato direto dos profissionais com experiências e percepções da própria comunidade sobre o atendimento nos serviços públicos de saúde. Ao final, foi aplicado um pós-questionário para avaliar a atividade e recolher as percepções dos participantes.

A avaliação da experiência foi realizada por meio da comparação entre as informações obtidas antes e após a capacitação, complementadas pelas manifestações dos participantes durante as atividades. Esse procedimento permitiu observar aspectos relacionados ao conhecimento, à segurança profissional e à percepção sobre a atividade. Ressalta-se, contudo, que não se tratou de uma avaliação experimental de eficácia, mas de uma avaliação formativa da experiência extensionista. Assim, os resultados apresentados refletem a percepção dos participantes e o processo educativo vivenciado durante a ação, não permitindo mudanças permanentes nas práticas profissionais.

RESULTADOS E/OU REFLEXÕES

A análise do pré-questionário evidenciou lacunas importantes no conhecimento e na preparação dos profissionais para o atendimento à população LGBTQIAPN+. Entre os participantes, 65% declararam estar apenas parcialmente informados sobre a temática e 15% relataram não possuir informações. Além disso, 55% associaram inclusão à ideia de "tratar todos igualmente", enquanto apenas 30% demonstraram diferenciar claramente identidade de gênero, orientação sexual e expressão de gênero.

Também foi identificado desconhecimento sobre políticas públicas específicas, relatado por 35% dos participantes, e 55% informaram nunca ter participado anteriormente de capacitações sobre o tema. Metade dos profissionais considerava a unidade

apenas parcialmente preparada para atender essa população, enquanto 30% relataram já ter presenciado situações de preconceito no ambiente de trabalho. Esses achados permitiram reconhecer que as dificuldades para um atendimento inclusivo não se restringem à existência de atitudes explicitamente discriminatórias, mas também envolvem desconhecimento conceitual, insegurança e ausência de preparo para lidar com situações específicas do cotidiano assistencial.

Esses achados dialogam com a literatura recente ao evidenciarem que lacunas de conhecimento, habilidades clínicas e preparo dos profissionais podem constituir obstáculos à oferta de uma assistência adequada às pessoas LGBTQIAPN+. Nesse sentido, Santos, Silva e Ferreira (2024) destacam que a avaliação do conhecimento, das competências clínicas e de possíveis preconceitos entre profissionais de saúde é fundamental para identificar necessidades formativas e orientar estratégias de qualificação voltadas ao cuidado dessa população.

Diante desse cenário, as estratégias participativas utilizadas durante a capacitação mostraram-se importantes para deslocar a discussão de uma abordagem exclusivamente teórica para situações próximas à realidade profissional. O "Jogo do Privilégio", adaptado ao contexto da saúde, possibilitou discutir desigualdades e diferentes experiências de acesso aos serviços, favorecendo a percepção de que tratar todas as pessoas da mesma maneira nem sempre significa oferecer um cuidado equitativo.

A discussão de conceitos como identidade de gênero, orientação sexual, expressão de gênero e nome social foi articulada a exemplos relacionados às unidades básicas de saúde, permitindo refletir sobre formas de comunicação capazes de evitar constrangimentos. Da mesma forma, a dinâmica "Você decide?" aproximou o conteúdo de situações práticas, estimulando os participantes a analisar condutas profissionais e discutir coletivamente possibilidades de acolhimento e tomada de decisão.

Um dos aspectos mais significativos da experiência foi a participação de Adiara Pereira, presidente da associação "Vozes da Diversidade", na roda de conversa. Sua presença ampliou a atividade para além da perspectiva exclusivamente profissional e possibilitou o contato direto com experiências e percepções da própria comunidade LGBTQIAPN+ sobre o atendimento nos serviços públicos de saúde. O interesse manifestado pelos participantes em novas atividades com a presença da representante reforça a relevância desse diálogo.

Para as acadêmicas, esse momento também evidenciou que a formação para o cuidado inclusivo não deve se limitar ao conhecimento técnico e normativo, sendo enriquecida pela escuta daqueles que vivenciam diretamente as barreiras existentes nos serviços. A aproximação entre universidade, profissionais e comunidade contribuiu, assim, para uma compreensão mais concreta das necessidades relacionadas ao acolhimento e à garantia de direitos.

Outro produto da experiência foi a cartilha educativa elaborada pelas acadêmicas com orientação da docente responsável. O material reuniu conteúdos conceituais, éticos e assistenciais relacionados ao atendimento da população LGBTQIAPN+ e foi disponibilizado aos participantes como recurso de consulta após a capacitação. Além da versão impressa utilizada durante a ação, a cartilha foi registrada e disponibilizada na plataforma EduCAPES, ampliando seu potencial de acesso e utilização como recurso educativo.

Sua função foi complementar o encontro presencial: enquanto as dinâmicas e discussões possibilitaram interação e reflexão coletiva, a cartilha permaneceu como instrumento de apoio para situações que possam surgir posteriormente no cotidiano profissional. Essa produção também representou uma dimensão importante da experiência das acadêmicas, que participaram não apenas da execução da atividade, mas de seu planejamento, construção do conteúdo e elaboração de um produto educativo destinado ao serviço.

A avaliação realizada após a capacitação apresentou resultados positivos. Segundo o relatório, 95,8% dos participantes declararam compreender plenamente os conteúdos trabalhados; 100% consideraram a formação relevante e adequada; 91,7% avaliaram o material educativo como suficiente; 54,2% atribuíram nota máxima à atividade e todos afirmaram que recomendariam a capacitação a outros profissionais. Esses resultados indicam boa receptividade à proposta e percepção de pertinência dos conteúdos para a prática profissional. Intervenções educativas direcionadas à saúde da população LGBTQIAPN+ podem contribuir para ampliar conhecimentos, atitudes e habilidades de profissionais e estudantes da área da saúde (Damery et al., 2025). Entretanto, os resultados desta experiência devem ser interpretados como indicadores do processo formativo, e não como evidência de mudança permanente nas práticas assistenciais, uma vez que a avaliação ocorreu imediatamente após a atividade e não acompanhou os participantes posteriormente. Ainda assim, a ampliação percebida no conhecimento e a avaliação positiva da capacitação constituem resultados relevantes, especialmente diante das lacunas identificadas no início da atividade.

A realização da ação também revelou desafios que contribuíram para o aprendizado das acadêmicas e da equipe responsável. A conciliação entre a rotina dos profissionais e o horário da capacitação exigiu organização e ajustes, enquanto a abordagem de um tema atravessado por preconceitos, desinformação e diferentes concepções pessoais demandou linguagem acessível, mediação e cuidado na condução das discussões.

Algumas divergências entre os participantes foram transformadas em oportunidades de diálogo, permitindo trabalhar dúvidas e posicionamentos a partir dos conhecimentos apresentados. Também foram enfrentadas dificuldades relacionadas à organização do espaço, ao tempo disponível e à produção dos materiais. Esses aspectos demonstraram, na prática,

que ações de educação permanente precisam considerar não apenas o conteúdo a ser transmitido, mas também as características do público, o contexto de trabalho e as possíveis resistências presentes no processo educativo.

Para as acadêmicas, a experiência ultrapassou a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos. A participação no planejamento, na produção da cartilha, na organização das atividades, na condução das dinâmicas e no contato com profissionais e representantes da comunidade possibilitou desenvolver competências relacionadas à comunicação, educação em saúde, trabalho em equipe, liderança e responsabilidade ética.

Ao mesmo tempo, as dúvidas apresentadas pelos profissionais e as experiências compartilhadas durante a roda de conversa mostraram que a extensão também produz aprendizado para a própria universidade. Nesse sentido, a experiência reforçou a extensão universitária como espaço de troca entre diferentes saberes, no qual a formação acadêmica pode dialogar com as necessidades concretas dos serviços e da comunidade, contribuindo para uma formação em Enfermagem mais crítica, sensível à diversidade e comprometida com a equidade no cuidado.

CONCLUSÃO

A experiência extensionista evidenciou a importância da capacitação de profissionais de enfermagem para o fortalecimento de práticas de cuidado inclusivas, humanizadas e livres de discriminação à população LGBTQIAPN+. A atividade possibilitou ampliar conhecimentos, promover reflexões sobre barreiras existentes nos serviços de saúde e estimular atitudes mais acolhedoras diante das especificidades dessa população.

Nesse sentido, a extensão universitária mostrou-se um espaço relevante de articulação entre conhecimento acadêmico e realidade dos serviços, contribuindo para a educação permanente dos profissionais e para a qualificação da assistência. Destaca-se,

ainda, a necessidade de manter ações educativas contínuas que favoreçam o respeito à diversidade, o acolhimento e a garantia do acesso equitativo à saúde.

REFERÊNCIAS

BORBA, J. S.; DUARTE, T. Desafios para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+. *Perspectivas em Políticas Públicas*, [S. l.], v. 17, n. 33, p. 26-55, 2024. DOI: 10.36704/ppp.v18i33.8078. Disponível em: https://doi.org/10.36704/ppp.v18i33.8078.

CRUZ NETO, J. et al. Acesso e uso dos sistemas de saúde pela população LGBTQIAPN+ sob a ótica do cuidado biopsicossocial. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 3, p. 149-167, 2023. DOI: 10.22278/2318-2660.2023.v47.n3.a3768. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n3.a3768.

DAMERY, S. et al. Impact of education and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a systematic review of comparative studies. *BMJ Open*, v. 15, e090005, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-090005.

FERREIRA, D. L. F. et al. Atendimento e acolhimento à população LGBTQIAPN+ na atenção primária: desafios e perspectivas. *Periódicos Brasil*. Pesquisa Científica, Macapá, v. 5, n. 3, p. 533-544, 2026. DOI: 10.36557/2674-9432.2026v5n3p533-544. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n3p533-544.

FERREIRA, L. F. et al. Necessidades relacionadas ao cuidado em saúde direcionadas à população LGBTQIAPN+. *Saúde Coletiva (Barueri)*, [S. l.], v. 15, n. 92, p. 13672-13685, 2025. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v14i92p13672-13685. Disponível em: https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3230.

PALMEIRA, N. C. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000300013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013.

PINHEIRO, M. C. Saúde da população LGBTQIAPN+: demandas e desafios. RECIMA21 - *Revista Científica Multidisciplinar*, v. 5, n. 11, e5115865, 2024. DOI: 10.47820/recima21.v5i11.5865. Disponível em: https://doi.org/10.47820/recima21.v5i11.5865.

SANTOS, J. S.; SILVA, R. N.; FERREIRA, M. A. Measures of health care providers' knowledge, clinical skills, or prejudice toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, asexual, and other sexual and gender minority populations: a scoping review. *LGBT Health*, v. 11, n. 6, p. 419–436, 2024. DOI: 10.1089/lgbt.2023.0094.

SILVA, C. X. R. et al. Saúde da população LGBTQIAPN+: enfoque na atenção básica. *Revista Extensão*, v. 9, n. 5, p. 64-70, 2025. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/10569.

SOUZA, G. A. C.; RANDOW, R. M. V. Perspectivas de enfermeiros sobre a assistência à saúde LGBTQIAPN+ na Estratégia de Saúde da Família. *Pensar Acadêmico*, Manhuaçu, v. 22, n. 5, p. 529-536, 2024. DOI: 10.21576/pensaracadêmico.2024v22i5.4350. Disponível em: https://doi.org/10.21576/pensaracadmico.2024v22i5.4350.

As desigualdades em saúde expressam processos históricos, sociais, econômicos e territoriais que influenciam as condições de vida das populações e suas possibilidades de acesso ao cuidado. Compreender essas desigualdades exige reconhecer a diversidade dos contextos sociais, os determinantes que condicionam o processo saúde-doença e os desafios enfrentados por grupos historicamente vulnerabilizados. Este volume reúne capítulos científicos que abordam a equidade em saúde sob diferentes perspectivas, contemplando investigações, experiências e reflexões sobre determinantes sociais, vulnerabilidades, direitos, acesso aos serviços e estratégias de enfrentamento das desigualdades. Originada das produções científicas do II Congresso Internacional Interprofissional em Saúde Coletiva, esta obra contribui para ampliar o debate sobre justiça social, diversidade e políticas públicas, valorizando conhecimentos produzidos em diferentes territórios, especialmente aqueles marcados por desigualdades sociais e sanitárias. Os estudos aqui reunidos convidam à reflexão sobre práticas, políticas e caminhos possíveis para a construção de sistemas de saúde mais acessíveis, inclusivos e comprometidos com as necessidades das populações.

Pedro & João Editores
pedrojoaoeditores.com.br
ISBN 9786526534014