1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos



Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

© 2025 Editora Cognitus. Todos os direitos reservados.
Reprodução total ou parcial proibida sem autorização por escrito da editora.



Editora Cognitus (CNPJ: 57.658.906/0001-15)e
Site: https://editoracognitus.com.br/
E-mail: contato@editoracognitus.com.br

Marca editorial: Editora Cognitus
Cidade e ano: Teresina–PI, 2025
Organização: Editora Cognitus
Edição: 1ª edição
ISBN: 978-65-83818-17-1
DOI do livro: 10.71248/9786583818171

Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Integralidade, comunicação e humanização [livro eletrônico] : desafios e estratégias nos cuidados paliativos contemporâneos : volume 1 / organização Editora Cognitus. -- 1. ed. -- Teresina, PI : Editora Cognitus, 2025.
PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-83818-17-1

1. Comunicação 2. Cuidados paliativos - Manuais, guias, etc. 3. Humanização dos serviços de saúde I. Editora Cognitus.

25-309253.0 CDD-616.029

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados paliativos : Ciências médicas 616.029

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

Conselho Editorial

Alcidinei Dias Alves — mestrando6@gmail.com
Artur Pires de Camargos Júnior — arturpcj@yahoo.com.br
Maria Clea Marinho Lima — clealima13@gmail.com
Mateus Henrique Dias Guimarães — mateusdiasgui@gmail.com

Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

Comissão Organizadora

Ana Vitoria de Jesus Freire
Antonio Pedro Abido Ribeiro
Bianca Patrícia da Silva de Araújo
Elaynne Jeyssa Alves Lima
Elexsandro Cavalcanti de Araújo
Fernanda Maria Ferreira Leitao
Francisco Araujo Pontes
Giovanna de Moura Frutuoso
Helena Gabriela Da Costa Ribeiro
José Muriel Oliveira Alves
José Yvens Melo de Castro
Julya Luiza Santos Emiliano
Kallynne Emannuele Mendes Alves
Maísa Dantas Maia
Maria Eduarda Dominico Borges
Mariana Sousa dos Santos
Mariana Ventura Montarroyos
Suênia Évelyn Simplício Teixeira
Vanessa Nawany Chaves Carvalho
Maria Luiza Alvarenga Botrel
Livia Nápoles Drumond de Souza Gontijo
Juliano Pardini Corrêa
Karen Mariano Rodrigues

Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

A presente obra, Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos, nasce do encontro entre diferentes olhares que convergem para um mesmo compromisso: assegurar cuidado centrado na pessoa, digno e baseado em evidências ao longo de todo o curso da vida e diante de doenças ameaçadoras da continuidade da vida. Em um cenário de crescente complexidade clínica e social, reafirmamos que os cuidados paliativos não são sinônimo de "fim", mas de qualidade de vida, alívio de sofrimento e respeito aos valores e preferências.

Estruturado em eixos temáticos, o livro percorre fundamentos conceituais da integralidade e da bioética; habilidades de comunicação clínica — com destaque para escuta ativa, planejamento antecipado de cuidados e tomada de decisão compartilhada; e práticas de humanização que atravessam o cuidado multiprofissional. Também aborda ferramentas para o manejo de sintomas complexos, processos de trabalho em redes de atenção, segurança do paciente, além de interfaces com saúde mental, espiritualidade e determinantes sociais da saúde.

Do ponto de vista pedagógico, cada capítulo combina sínteses críticas da literatura com casos clínicos comentados, checklists operacionais e quadros de boas práticas, permitindo a translação do conhecimento para cenários reais: atenção primária, ambulatórios, enfermarias, UTIs, domicílio e serviços de cuidados continuados. Esses materiais de apoio foram pensados para docentes, preceptores, residentes e equipes assistenciais que buscam aprimorar suas competências comunicacionais, clínicas e interprofissionais.

Em consonância com as políticas nacionais de humanização e com a defesa do direito à informação e ao consentimento esclarecido, reforçamos a centralidade da família e da rede de apoio, bem como a importância da participação social e da intersetorialidade. A obra propõe estratégias de integração entre serviços, protocolos de segurança, indicadores de qualidade e modelos de governança clínica orientados para resultados significativos para pacientes e cuidadores.

Ao longo das páginas, o leitor encontrará perspectivas contemporâneas sobre equidade e acesso, com ênfase em populações vulneráveis e nos desafios éticos presentes em decisões de limitação de suporte, sedação paliativa e justiça distributiva. A intenção é oferecer um guia prático e reflexivo, que apoie escolhas clínicas mais informadas e compassivas, sem perder de vista a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Convidamos você a percorrer esta jornada com o mesmo espírito que nos moveu na organização do volume: competência técnica com sensibilidade humana. Que os recursos aqui reunidos possam fortalecer equipes, aliviar sofrimentos e ampliar a potência de vidas que importam — sempre.

Editora Cognitus

Organização:
Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

01 CAPÍTULO 01

POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS: AVANÇOS, RETROCESSOS E DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA 01

02 CAPÍTULO 02

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO E FORTALECIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO 15

03 CAPÍTULO 03

IMPACTO DO ESTRESSE E DA ANSIEDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE 26

04 CAPÍTULO 04

INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE 35

05 CAPÍTULO 05

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO 44

Editora Cognitus

1ª Edição | Volume 1

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

06 CAPÍTULO 06

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ONCOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL 53

07 CAPÍTULO 07

OS IMPACTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA UTILIZAÇÃO DE TIRZEPATIDA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE E DO DIABETES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE 61

08 CAPÍTULO 08

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA PARA APRIMORAR DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, SUPORTE PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA CONTEMPORÂNEA 78

09 CAPÍTULO 09

AS BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ E O PAPEL DA SAÚDE COLETIVA NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE 83

10 CAPÍTULO 10

TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO APOIO À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS 96

Editora Cognitus

Integralidade, Comunicação e Humanização: Desafios e Estratégias nos Cuidados Paliativos Contemporâneos

11 CAPÍTULO 11

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS E AS BARREIRAS PARA SUA ATUAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 108

12 CAPÍTULO 11

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS E AS BARREIRAS PARA SUA ATUAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 119

Editora Cognitus®

10.71248/9786583818171-1

POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS: AVANÇOS, RETROCESSOS E DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar caminhos para a implementação plena da PNCP-SUS, promovendo qualidade de vida e de morte, alinhada aos princípios constitucionais do SUS e às metas globais da Agenda 2030. Para tanto, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura, com busca em bases indexadas (PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Google Acadêmico) e documentos oficiais, incluindo publicações entre 2018 e 2025. A análise comparativa contemplou artigos originais, revisões, editoriais e diretrizes, sistematizando achados em categorias de avanços institucionais, entraves históricos e desafios persistentes. Os resultados apontam que a criação da PNCP-SUS e o alinhamento às recomendações da OMS e da Agenda 2030 configuram marcos relevantes para a saúde pública brasileira. Entretanto, persistem obstáculos como a falta de financiamento e indicadores específicos, desigualdade regional, escassez de equipes multiprofissionais completas e lacunas na formação profissional. Conclui-se que, apesar de avanços normativos, a efetivação dos CP no Brasil exige investimentos contínuos, descentralização dos serviços, integração da reabilitação e transformação cultural acerca da finitude. Apenas a superação dessas barreiras permitirá consolidar uma política que garanta dignidade, integralidade e equidade em saúde, conforme os princípios constitucionais do SUS.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Políticas Públicas; Saúde Coletiva.

Flávio Gomes
Graduado em Enfermagem pela Universudade Potiguar

Fernanda Miguel de Oliveira
Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Metodista Granbery
Orcid: https://orcid.org/0009-0002-1232-1541

Ranielly Oliveira de Holanda
Graduada em Enfermagem pela AESA-ESSA

Raiane Mayara da Silva Dantas
Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacisa

Ursula Driele Figueiredo de Sena
Graduada em Biomédicina pela UNIP
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-5364-2539

Jhennyfer Raiane da Costa Gusmão
Pós-graduanda em Enfermagem em Nefrologia pela Unopar

Maria Milene Pastana Vieira
Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela Unifamaz

Andres Santiago Quizhpi Lopez
Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial pela Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
Orcid: 0000-0002-6089-0389

Aline Costa Lopes
Mestra em Ciências da Saúde e Vida pela Universidade franciscana Santa Maria Titulação,
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0595-5225

Emerson Marcio Gusmão
Mestre em Biologia Animal pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-8918-2974

PUBLIC POLICIES FOR PALLIATIVE CARE: ADVANCES, SETBACKS AND CHALLENGES FOR IMPLEMENTATION IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH

Abstract: This study aimed to identify pathways for the full implementation of the PNCP-SUS, promoting quality of life and death, aligned with the constitutional principles of the SUS and the global goals of the 2030 Agenda. To this end, an integrative literature review was used, searching indexed databases (PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, and Google Scholar) and official documents, including publications between 2018 and 2025. The comparative analysis included original articles, reviews, editorials, and guidelines, systematizing findings into categories of institutional advances, historical obstacles, and persistent challenges. The results indicate that the creation of the PNCP-SUS and its alignment with the WHO and 2030 Agenda recommendations represent significant milestones for Brazilian public health. However, obstacles persist, such as a lack of funding and specific indicators, regional inequality, a shortage of complete multidisciplinary teams, and gaps in professional training. It is concluded that, despite regulatory advances, the implementation of palliative care in Brazil requires continuous investment, decentralization of services, integration of rehabilitation, and cultural transformation regarding finitude. Only by overcoming these barriers will it be possible to consolidate a policy that guarantees dignity, comprehensiveness, and equity in health, in accordance with the constitutional principles of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Palliative Care; Public Policies; Public Health.

INTRODUÇÃO

O conceito de cuidados paliativos (CP) abrange muito mais do que a assistência em fim de vida, constituindo uma prática voltada ao alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, desde o diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida. A Organização Mundial da Saúde reconhece a paliação como componente essencial da saúde pública, devendo ser integrada a todos os níveis de atenção. Assim, políticas públicas adequadas são indispensáveis para garantir universalidade, equidade e integralidade, princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Fernando; Perdamaian, 2024).

Historicamente, o Brasil apresenta dificuldades em inserir os CP de forma consistente na rede de atenção à saúde. A baixa prioridade governamental e a ausência de indicadores específicos contribuíram para a negligência dessa prática, reforçando um modelo de saúde

centrado na cura e na reabilitação, que marginaliza a finitude. Isso se reflete na posição do país em rankings internacionais, ocupando a 79ª colocação em qualidade de morte entre 81 países avaliados (Rodrigues *et al.,* 2022).

A negação social e institucional da morte permanece como um dos maiores entraves à consolidação dos CP nas políticas públicas. Embora o SUS tenha avançado em ações de promoção e prevenção, a omissão sobre a finitude e o luto ainda se observa em legislações estruturantes, como a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Tais lacunas refletem uma cultura que evita reconhecer o morrer como parte integrante da vida (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Rodrigues *et al.,* 2022).

Nos últimos anos, o cenário começou a se transformar com a publicação da Resolução nº 41/2018 da Comissão Intergestores Tripartite, que estabeleceu diretrizes para organização dos CP no SUS. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 3.681/2024 instituiu oficialmente a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS), representando um marco para a saúde pública brasileira. Essa política busca alinhar o país às recomendações da OMS e à Agenda 2030 da ONU (Brasil, 2018; Brasil, 2024; Garcia; Isidoro, 2024).

Contudo, os avanços normativos não eliminaram os desafios estruturais e financeiros. A extinção do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como a ausência de indicadores de desempenho relacionados aos CP, fragilizou a atenção primária como espaço estratégico para a implementação dessa política. Tais retrocessos dificultam a consolidação de uma rede de cuidados contínua e humanizada (Rodrigues *et al.,* 2022).

A formação profissional também se configura como obstáculo à efetivação dos CP. Pesquisas indicam que médicos, enfermeiros e outros trabalhadores de saúde se sentem despreparados para lidar com a morte, revelando fragilidades tanto no ensino de graduação quanto na educação permanente. A carência de docentes e de materiais específicos acentua essa lacuna, comprometendo a qualidade da assistência prestada (Salman *et al.,* 2024).

A ausência de preparo repercute em práticas assistenciais que prolongam o sofrimento, como internações evitáveis e a realização de procedimentos fúteis em pacientes elegíveis para CP. Esses aspectos foram relatados em serviços de urgência e pré-hospitalares, onde a falta de protocolos e de clareza conceitual expõe pacientes e equipes a conflitos éticos, revelando a distância entre diretrizes normativas e a realidade prática (Boaventura *et al.,* 2022).

Experiências em serviços móveis de urgência no Brasil demonstram que os profissionais vivenciam dilemas ao atender pacientes em fase avançada de doenças, muitas vezes submetendo-os a medidas invasivas contra a lógica da paliação. A inexistência de respaldo legal para ordens de não reanimação agrava esse cenário, prolongando o sofrimento e gerando insegurança entre trabalhadores e familiares (Boaventura *et al.,* 2022).

Por outro lado, há exemplos internacionais que indicam possibilidades de integração dos CP na atenção primária e comunitária. Em países asiáticos, como Índia e Indonésia, práticas comunitárias de paliação lideradas por equipes de atenção básica têm mostrado resultados positivos, com redução de internações hospitalares e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Esses modelos servem de inspiração para adaptação ao contexto brasileiro (Fernando; Perdamaian, 2024).

O Brasil também tem avançado em iniciativas legislativas estaduais e municipais, que buscam incluir os CP em suas redes de atenção. Exemplos em estados como Goiás, São Paulo e Minas Gerais, bem como em cidades como Ribeirão Preto, revelam a importância do protagonismo local para ampliar o debate e pressionar o fortalecimento das políticas nacionais (Rodrigues *et al.,* 2022).

Outro aspecto relevante refere-se ao financiamento. A Agenda 2030 das Nações Unidas enfatiza a necessidade de ampliar investimentos em saúde, incluindo especificamente os CP. No Brasil, entretanto, a limitação orçamentária e a ausência de recursos exclusivos dificultam a expansão dos serviços, especialmente em regiões mais carentes, comprometendo a equidade e a universalidade do SUS (Garcia; Isidoro, 2024).

A interdisciplinaridade é outro eixo central para a efetividade da PNCP-SUS. A atuação integrada de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, é indispensável para atender às múltiplas dimensões do sofrimento humano. No entanto, a carência de formação e a sobrecarga dos serviços tornam a prática interprofissional um desafio cotidiano (Salman *et al.,* 2024).

Apesar das dificuldades, a publicação da PNCP-SUS em 2024 simboliza um avanço significativo ao reconhecer a paliação como direito e ao propor diretrizes para organização em rede. Trata-se de um marco que fortalece a saúde coletiva brasileira ao colocar a dignidade no centro das políticas públicas, ampliando a perspectiva de cuidado integral (Garcia; Isidoro, 2024). Contudo, a efetividade da política dependerá de superar barreiras históricas: a falta de

investimento contínuo, a insuficiência de profissionais qualificados, a resistência cultural em aceitar a morte e a necessidade de integração entre os diferentes níveis de atenção. O enfrentamento desses desafios é condição indispensável para consolidar um sistema de saúde que valorize não apenas a vida, mas também a dignidade do morrer (Rodrigues *et al.,* 2022; Salman *et al.,* 2024)

Diante desse panorama, estudar os avanços, retrocessos e desafios das políticas públicas de CP no Brasil e no cenário internacional é fundamental para orientar gestores, profissionais e sociedade. O objetivo central é identificar caminhos para a implementação plena da PNCP-SUS, promovendo qualidade de vida e de morte, alinhada aos princípios constitucionais do SUS e às metas globais da Agenda 2030 (Fernando; Perdamaian, 2024; Garcia; Isidoro, 2024).

METODOLOGIA

Este estudo adota o método de revisão integrativa da literatura, que possibilita reunir, comparar e sintetizar de maneira crítica diferentes tipos de produção científica e documental, com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o tema investigado. Essa escolha se justifica pela necessidade de mapear os avanços, retrocessos e desafios relacionados às políticas públicas de cuidados paliativos, permitindo a análise de evidências empíricas, revisões teóricas e documentos normativos.

A questão norteadora definida foi: quais são os principais avanços, retrocessos e desafios na implementação das políticas públicas de cuidados paliativos no contexto da saúde coletiva? Para respondê-la, foram estabelecidos critérios de inclusão que contemplaram artigos originais, revisões integrativas, estudos qualitativos, ensaios teóricos, editoriais e documentos institucionais publicados entre 2018 e 2025, em português, inglês e espanhol, com foco em cuidados paliativos e políticas públicas. Foram excluídos trabalhos duplicados, resumos de eventos e publicações que não abordassem de forma explícita a saúde coletiva ou a formulação de políticas.

A busca foi realizada em bases indexadas como PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, além da consulta a documentos oficiais de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde. Foram empregados descritores do DeCS/MeSH, incluindo “Cuidados Paliativos”, “Políticas Públicas”, “Saúde Coletiva” e suas correspondentes

em inglês e espanhol, combinados com operadores booleanos. A busca foi atualizada até setembro de 2025.

O processo de seleção ocorreu em três etapas: leitura inicial de títulos e resumos; avaliação do texto completo dos artigos pré-selecionados; e inclusão dos estudos que atenderam aos critérios estabelecidos. Para cada trabalho, foram extraídas informações relativas a autor/ano, tipo de contribuição, principais avanços e retrocessos ou desafios apontados. Esse procedimento permitiu organizar os achados em uma síntese comparativa, representada no quadro de resultados.

A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, possibilitando a identificação de padrões, convergências e divergências entre os estudos. Os resultados foram organizados em categorias que destacam os avanços institucionais e normativos, os entraves históricos e estruturais e os desafios persistentes para a efetiva implementação das políticas públicas de cuidados paliativos.

Por se tratar de uma revisão de literatura, sem coleta de dados primários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos de reconhecimento e citação das fontes, conforme a ABNT NBR 6023:2024. Reconhece-se como limitação a exclusão da literatura cinzenta e de documentos não indexados, bem como a restrição temporal entre 2018 e 2025, embora tal recorte busque privilegiar estudos atuais e diretamente relacionados à recente formulação da Política Nacional de Cuidados Paliativos **no Brasil.**

Quadro 1 – Etapas metodológicas da revisão integrativa.

ETAPA	DESCRIÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
Definição da questão	Formulação da pergunta norteadora com base na estratégia PICO adaptada: *Quais são os avanços, retrocessos e desafios na implementação das políticas públicas de cuidados paliativos no contexto da saúde coletiva?*	Estabelecimento de uma questão clara e direcionadora para a revisão.
Critérios de elegibilidade	Inclusão de artigos originais, revisões, editoriais, diretrizes e documentos oficiais (2018-2025) em português, inglês e espanhol. Exclusão de duplicados, relatos de caso e resumos de eventos.	Seleção de estudos relevantes, atuais e pertinentes à temática investigada.

Estratégia de busca	Pesquisa nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, além de documentos da OMS e do Ministério da Saúde, utilizando descritores DeCS/MeSH combinados com operadores booleanos.	Abrangência e precisão na recuperação das publicações científicas e normativas.
Seleção dos estudos	Processo em três fases: leitura de títulos e resumos, leitura completa dos pré-selecionados e inclusão final dos elegíveis.	Identificação dos estudos que atendem ao objetivo da revisão.
Extração dos dados	Registro das informações essenciais: autor/ano, tipo de contribuição, objetivos, principais achados e limitações.	Organização de banco de dados estruturado para análise comparativa.
Análise e síntese	Tratamento descritivo e interpretativo, categorizando os achados em avanços, retrocessos e desafios.	Identificação de padrões, divergências e lacunas na literatura.
Considerações éticas	Respeito à integridade acadêmica e correta citação das fontes, sem necessidade de submissão ao CEP por se tratar de revisão.	Preservação da ética científica.
Limitações	Reconhecimento da exclusão da literatura cinzenta e da delimitação temporal (2018-2025).	Transparência metodológica e reconhecimento de possíveis vieses.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS), instituída pela Portaria nº 3.681/2024, representou um marco histórico para o Brasil, alinhando o país às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse avanço normativo fortaleceu a necessidade de integrar a paliação em todos os níveis de atenção do SUS, considerando a universalidade, integralidade e equidade como princípios fundamentais. No entanto, observa-se que, apesar do aparato legal, ainda existem entraves significativos para transformar a política em prática efetiva. Essa lacuna evidencia a distância entre formulação normativa e realidade assistencial, o que compromete a expansão e consolidação dos serviços (Garcia; Isidoro, 2024).

No contexto internacional, países de alta renda já consolidaram a integração entre reabilitação e cuidados paliativos, com resultados positivos na qualidade de vida de pacientes. A OMS destaca que essa integração reduz sintomas como dor, fadiga e dispneia, além de preservar autonomia e dignidade. Profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e

psicólogos são incorporados às equipes multiprofissionais, fortalecendo a abordagem holística. Em contraste, no Brasil, a integração entre reabilitação e paliação permanece fragmentada e desigual, restringindo os benefícios dessa prática. Esse descompasso revela a necessidade de investimentos específicos e políticas de incentivo (World Health Organization, 2023).

A trajetória histórica dos cuidados paliativos (CP) ajuda a compreender os desafios atuais. O movimento hospice, liderado por *Cicely Saunders*, introduziu a filosofia do cuidado integral e da "boa morte", valorizando a dignidade e o conforto. No Brasil, essa abordagem ganhou relevância apenas a partir da década de 1990, com cursos e iniciativas isoladas em universidades. Essa defasagem histórica repercute na escassez de serviços estruturados e na baixa inserção da paliação em políticas públicas anteriores. A demora em reconhecer os CP como componente essencial do SUS contribuiu para sua fragmentação e descontinuidade (Sousa; Souto; Barbosa, 2024).

Outro aspecto central é o princípio da dignidade humana, que sustenta os CP como direito fundamental. Estudos apontam que esse valor deve guiar a formulação e a implementação das políticas públicas, alinhando-se ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3. O reconhecimento da dignidade, especialmente no fim da vida, evita práticas de distanásia e assegura autonomia ao paciente. Essa perspectiva amplia os CP para além da clínica, vinculando-os a compromissos globais de saúde e direitos humanos. Tal abordagem reforça que a paliação não é apenas estratégia assistencial, mas expressão de justiça social e bioética (Sá; Sá, 2022).

A adoção de equipes multiprofissionais é destacada como avanço significativo, pois permite uma abordagem integral que contempla dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Contudo, no Brasil, muitas equipes de CP são reduzidas, formadas majoritariamente por médicos e enfermeiros, o que limita o alcance das ações. Pesquisas mostram que profissionais ainda carecem de capacitação específica, o que compromete a efetividade da assistência. Essa limitação evidencia a necessidade de incluir os CP nos currículos de graduação e de ampliar a educação permanente em saúde. A consolidação de equipes completas é condição essencial para o fortalecimento dessa política (Alves; Oliveira, 2022).

A literatura também mostra que a inserção dos CP nas agendas da saúde coletiva representa um avanço, pois amplia o debate sobre a integralidade do SUS. Os CP, ao abordarem dimensões sociais e espirituais, rompem com o paradigma biomédico centrado apenas na cura.

Entretanto, sua institucionalização ainda enfrenta barreiras culturais e estruturais, como a negação da morte e a valorização excessiva da tecnologia. Essa ambivalência reforça que, embora reconhecidos como essenciais, os CP ainda não figuram como prioridade absoluta nas agendas governamentais. O desafio é transformar o discurso em ações sustentáveis e contínuas (Kurogi *et al.,* 2022).

Apesar desses avanços, a ausência de indicadores específicos compromete o monitoramento da PNCP-SUS. Sem parâmetros claros de avaliação, torna-se difícil acompanhar a efetividade das políticas e planejar melhorias estruturais. Essa lacuna gera invisibilidade dos resultados e dificulta a prestação de contas à sociedade. A inexistência de metas de cobertura ou de monitoramento da qualidade amplia a desigualdade regional. Portanto, a criação de indicadores nacionais deve ser prioridade para garantir a efetividade e a transparência da política de CP no Brasil (Rodrigues *et al.*, 2022).

Outro retrocesso significativo foi a extinção do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuavam como estratégia de fortalecimento da atenção primária. Esses núcleos permitiam o acompanhamento próximo dos usuários em seus territórios, criando condições para a inserção precoce dos CP. Sua descontinuidade enfraqueceu a base da rede de atenção, centralizando novamente os cuidados em hospitais. Esse desmonte compromete a resolutividade e distancia a prática da lógica de cuidado integral preconizada pelo SUS. Reverter esse quadro é essencial para consolidar a PNCP-SUS (Fernando; Perdamaian, 2024).

A formação insuficiente dos profissionais é outro entrave relevante. Muitos médicos, enfermeiros e demais trabalhadores da saúde relatam insegurança ao lidar com a morte e o sofrimento de pacientes e familiares. Essa lacuna está presente tanto na graduação quanto na formação continuada, e compromete diretamente a qualidade da assistência. A falta de preparo gera práticas que prolongam a dor e reduzem a autonomia do paciente. Superar esse desafio exige investimentos em capacitação docente, produção de materiais específicos e inserção obrigatória dos CP nos currículos (Salman *et al.,* 2024).

Além disso, a compreensão equivocada de que os CP se restringem apenas à fase final da vida persiste entre profissionais. Essa visão limitada retarda a introdução precoce da paliação, reduzindo seu impacto no alívio do sofrimento. A OMS recomenda que esses cuidados sejam iniciados desde o diagnóstico de doenças graves, garantindo suporte integral ao paciente e à família. No entanto, no Brasil, prevalece a lógica tardia, centrada na terminalidade. Essa

distorção precisa ser superada para ampliar os benefícios da política nacional de CP (Alves; Oliveira, 2022).

As disparidades regionais também comprometem a efetivação da política. Em grandes centros urbanos, observa-se maior disponibilidade de serviços especializados, mas em cidades de pequeno e médio porte a ausência de CP é frequente. Essa desigualdade territorial aprofunda iniquidades em saúde e contraria os princípios do SUS. Estima-se que menos de 10% dos hospitais brasileiros possuam equipes de CP estruturadas, revelando uma rede incipiente diante da demanda nacional. Esse dado reforça a necessidade de políticas de descentralização e expansão regionalizada dos serviços (Kurogi *et al.,* 2022).

Tabela 1 – Síntese dos achados sobre políticas públicas de cuidados paliativos no contexto da saúde coletiva.

AUTOR/ANO	TIPO DE CONTRIBUIÇÃO	AVANÇOS IDENTIFICADOS	RETROCESSOS/DESAFIOS
Garcia; Isidoro (2024)	Editorial/Política Nacional	Criação da PNCP-SUS e alinhamento à Agenda 2030	Falta de financiamento e indicadores
World Health Organization (2023)	Policy brief	Integração de reabilitação em CP	Serviços fragmentados e pouco integrados
Sousa; Souto; Barbosa (2024)	Revisão histórica	Reconhecimento da dignidade e integralidade	Tecnização da medicina e distanásia
Kurogi *et al.* (2022)	Revisão integrativa	Protocolos e multidisciplinaridade	Ausência de treinamento e apoio governamental
Alves; Oliveira (2022)	Estudo qualitativo	Percepção crescente sobre CP	Restrição do conceito apenas à terminalidade
Sá; Sá (2022)	Ensaio teórico	CP vinculados à dignidade humana e ODS	Lacunas na efetivação em políticas nacionais

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos estudos analisados.

Após a sistematização dos achados, constata-se que os CP enfrentam desafios estruturais e culturais para sua plena efetivação. A tecnização excessiva da medicina, que valoriza intervenções invasivas e prolonga o sofrimento, ainda é realidade em muitos serviços de saúde. Esse modelo contrasta com a filosofia dos CP, que preconiza conforto, autonomia e

dignidade. A literatura evidencia que a distanásia permanece como prática recorrente, reforçando a necessidade de uma mudança de paradigma assistencial. Superar esse cenário exige reorientar a cultura institucional e profissional (Sousa; Souto; Barbosa, 2024).

Entre os desafios futuros, destaca-se a integração da reabilitação às práticas paliativas. A OMS recomenda a inclusão de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos como parte essencial das equipes. Essas intervenções ampliam a autonomia dos pacientes e reduzem o impacto de sintomas limitantes. No entanto, no Brasil, tais profissionais ainda não são incorporados de forma sistemática nos serviços de CP. Essa lacuna compromete a integralidade do cuidado e limita a efetividade da política. Investir nessa integração é passo decisivo para avançar (World Health Organization, 2023).

Outro ponto crítico é a necessidade de ampliar equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção. A atuação conjunta de diferentes categorias garante assistência mais abrangente, mas a realidade nacional ainda é marcada por equipes reduzidas e sobrecarregadas. Essa limitação compromete o princípio da integralidade e reforça a centralização dos cuidados em poucos profissionais. A valorização e a contratação de novos especialistas são medidas essenciais para expandir a cobertura. Além disso, políticas de incentivo podem estimular a fixação de equipes em regiões menos assistidas (Garcia; Isidoro, 2024).

Questões culturais também dificultam a consolidação da política. A negação social e institucional da morte ainda é um entrave para a expansão dos CP no Brasil. Essa barreira reflete a dificuldade dos profissionais em dialogar abertamente sobre prognósticos e terminalidade, o que resulta em práticas desumanizadas. A literatura reforça que enfrentar essa cultura de silêncio é fundamental para garantir autonomia e dignidade aos pacientes. Inserir debates sobre finitude na formação profissional é estratégia essencial para superar esse desafio (Rodrigues *et al.,* 2022).

A ausência de protocolos padronizados para orientar os serviços de CP no Brasil contribui para a fragmentação da rede. Cada unidade organiza sua prática de forma distinta, dificultando a continuidade entre atenção básica, hospitalar e domiciliar. Essa falta de uniformidade compromete a segurança dos pacientes e limita a avaliação dos resultados em âmbito nacional. A criação de protocolos nacionais, fundamentados em evidências científicas, é indispensável para fortalecer a PNCP-SUS. Essa medida também garantiria previsibilidade e maior confiança na assistência prestada (Kurogi *et al.,* 2022).

A comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é outro ponto crítico. Estudos revelam que muitos profissionais sentem dificuldade em abordar de forma clara e empática a evolução da doença e as opções de tratamento. Essa falha compromete o vínculo de confiança e gera insegurança nas decisões. A capacitação em comunicação terapêutica deve ser vista como competência essencial nos CP. Sua ausência perpetua um modelo centrado no profissional, que não considera plenamente as necessidades do paciente e de sua família (Alves; Oliveira, 2022).

Outro desafio refere-se à ausência de políticas estruturadas de educação permanente. Muitos trabalhadores relatam nunca terem recebido treinamento em CP, o que perpetua condutas baseadas apenas na experiência pessoal. Essa lacuna compromete a prática baseada em evidências e limita a expansão de condutas humanizadas. Inserir programas regulares de capacitação obrigatória é condição essencial para garantir qualidade assistencial. A formação continuada fortalece a equipe e amplia a confiança dos usuários no serviço prestado (Sousa; Souto; Barbosa, 2024).

A vinculação dos CP à Agenda 2030 e ao ODS 3 reforça sua relevância como estratégia de saúde pública global. No entanto, o Brasil ocupa posição desfavorável em rankings de qualidade da morte, o que revela a precariedade de sua efetivação. Restrições financeiras, falta de reconhecimento da importância dos CP e baixa integração ao sistema de saúde comprometem os avanços. Esse cenário evidencia que, para cumprir os compromissos internacionais, o país precisa ampliar investimentos e estratégias específicas. Assim, os CP podem se consolidar como prática alinhada a direitos humanos e sustentabilidade (Sá; Sá, 2022).

Em síntese, a análise dos estudos evidencia um quadro ambivalente: avanços importantes na formulação de políticas, mas retrocessos e desafios persistentes em sua implementação. O risco é que a PNCP-SUS permaneça apenas no campo formal, sem se traduzir em práticas concretas no cotidiano do SUS. Superar essas barreiras requer financiamento adequado, descentralização regional, capacitação profissional e transformação cultural. Somente assim será possível garantir um cuidado integral, equitativo e digno às pessoas em sofrimento (Garcia; Isidoro, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta revisão integrativa mostram que os cuidados paliativos no Brasil avançaram em termos normativos, com a criação da PNCP-SUS e o alinhamento às recomendações internacionais. No entanto, permanecem desafios significativos, como a falta de financiamento, indicadores específicos, protocolos padronizados e equipes multiprofissionais completas. Diante desse cenário, é fundamental investir em capacitação contínua, descentralização dos serviços e integração efetiva da reabilitação como componente dos CP. Apenas com essas medidas será possível transformar a política em prática efetiva, assegurando dignidade, integralidade e equidade em saúde, em consonância com os princípios do SUS e com os compromissos da Agenda 2030.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. P.; OLIVEIRA, R. B. Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2022 v. 42, e238471, 1-16. https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**, 1988. Artigos 6º, 23, II, 24, XII, 30, VII, 196 a 200.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BOAVENTURA, J. R. *et al.* Palliative care in the pre-hospital service in Brazil: experiences of health professionals. **BMC Palliative Care**, v. 21, p. 4, 4 jan. 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12904-021-00890-4

FERNANDO, G. V. C.; PERDAMAIAN, T. K. Integrating palliative care into primary healthcare systems: advocacy efforts, milestones and challenges in Asia. **Malaysian Family Physician**, v. 19, p. 61, 23 out. 2024. DOI: https://doi.org/10.51866/cm0007

GARCIA, A. C. M.; ISIDORO, G. M. Brazilian National Palliative Care Policy: reflections based on the 2030 Agenda for Sustainable Development. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 77, n. 6, e770601, 23 set. 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2024770601
KUROGI, M. Y. *et al.* Implantação dos cuidados paliativos em hospitais gerais: desafios e perspectivas para a rede de saúde. Revista Bioética, Print version ISSN 1983-8042 | On-line version ISSN 1983-8034. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422022304573PT

RODRIGUES, L. F *et al.* Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 38, n. 9, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN130222

SÁ, A. M. F.; SÁ, M. I. F. Cuidados paliativos e dignidade humana nos sistemas de saúde: uma reflexão quanto aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **In: medicina, informação, tecnologias e humanidades: perspectivas cruzadas.** Lisboa: Chiado Books, 2022. p. 87-102.

SOUSA, L. P.; SOUTO, L. S.; BARBOSA, R. R. B. Processo histórico e políticas públicas relacionados aos cuidados paliativos no Brasil. **Eyes on Health Sciences,** Vitória, v. 2, p. 1-44, 2024. DOI: https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-044.

SALMAN, M. S. M. *et al*. Política Nacional de Cuidados Paliativos: desafios da qualificação profissional em cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4753

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rehabilitation and Palliative Care: Policy Brief. Copenhagen: **WHO Regional Office for Europe**, 2023. Disponível em: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173-

10.71248/9786583818171-2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO E FORTALECIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Resumo: O presente estudo teve como objetivo analisar a educação em saúde como estratégia de empoderamento comunitário e fortalecimento da saúde pública no Brasil contemporâneo. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, realizada entre setembro e outubro de 2025, a partir da busca, análise e síntese de artigos científicos, documentos oficiais e legislações nacionais disponíveis em bases reconhecidas, como SciELO, LILACS, PubMed, Google Acadêmico, além de portarias e diretrizes do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram que, embora a educação em saúde esteja consolidada como diretriz estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda enfrenta limitações relacionadas à fragmentação das práticas, insuficiência de metodologias participativas e desafios na intersetorialidade. As experiências exitosas, baseadas na educação popular e em metodologias ativas, demonstraram maior potencial para promover a autonomia coletiva, fortalecer redes de solidariedade e reduzir desigualdades. Entretanto, persistem barreiras estruturais, como falta de recursos, descontinuidade de políticas públicas e ausência de indicadores avaliativos consistentes. Conclui-se que a educação em saúde é fundamental para a consolidação do SUS, sendo indispensável investir em qualificação profissional, integração de políticas e valorização do protagonismo comunitário, de modo a torná-la efetivamente uma ferramenta emancipatória e transformadora da realidade social brasileira.

Palavras-Chave: Educação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Participação Social; Sistema Único de Saúde

Flávia Rafaela Barreto de Matos
Graduada em Nutrição pela FAVIP Devry
Orcid: 0009-0001-1522-9970

Joyce Lourenço Mariano
Graduanda em Enfermagem pela Unicesumar

Fernanda Miguel de Oliveira
Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Metodista Granbery
Orcid: https://orcid.org/0009-0002-1232-1541

Ranielly Oliveira de Holanda
Graduada em Enfermagem pela AESA-ESSA

Raiane Mayara da Silva Dantas
Pós Graduação em geriatria e gerontologia e bacharelado em fisioterapia pela Faculdade dos Vales (Facuvale)

Ursula Driele Figueiredo de Sena
Graduada em Biomédicina pela UNIP
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-5364-2539

Roberto Henrique Cavalcante Evangelista
Médico, Especialista em Psiquiatria
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-7991-2752

Andres Santiago Quizhpi Lopez
Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial pela Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
Orcid: 0000-0002-6089-0389

Aline Costa Lopes
Mestra em Ciências da Saúde e Vida pela Universidade franciscana Santa Maria Titulação,
Orcid: https://orcid.org/0009-0004-0595-5225

Emerson Marcio Gusmão
Mestre em Biologia Animal pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-8918-2974

HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY FOR COMMUNITY EMPOWERMENT AND STRENGTHENING PUBLIC HEALTH IN CONTEMPORARY BRAZIL

Abstract: This study aimed to analyze health education as a strategy for community empowerment and strengthening public health in contemporary Brazil. This is a narrative literature review conducted between September and October 2025, based on the search, analysis, and synthesis of scientific articles, official documents, and national legislation available in recognized databases such as SciELO, LILACS, PubMed, and Google Scholar, as well as ordinances and guidelines from the Ministry of Health. The results showed that, although health education is consolidated as a strategic guideline of the Unified Health System (SUS), it still faces limitations related to the fragmentation of practices, insufficient participatory methodologies, and challenges in intersectoral collaboration. Successful experiences based on popular education and active methodologies demonstrated greater potential for promoting collective autonomy, strengthening solidarity networks, and reducing inequalities. However, structural barriers persist, such as a lack of resources, discontinuity of public policies, and the absence of consistent evaluation indicators. It is concluded that health education is fundamental to the consolidation of the Unified Health System (SUS), and that investing in professional training, policy integration, and the promotion of community leadership are essential to effectively transform it into an emancipatory and transformative tool for Brazilian social reality.

Keywords: Health Education; Public Health Policies; Social Participation; Unified Health System

INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui um dos pilares centrais das estratégias de promoção da saúde no Brasil, sendo reconhecida como ferramenta essencial para ampliar o acesso à informação, fortalecer a autonomia dos cidadãos e consolidar práticas de cuidado baseadas na corresponsabilidade. Ao longo das últimas décadas, essa perspectiva se consolidou como componente estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a participação social e o protagonismo das comunidades na formulação de políticas e ações em saúde. Assim, compreender a educação em saúde como estratégia de empoderamento comunitário revela-se fundamental para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Ribeiro *et al.,* 2024).

A Constituição Federal de 1988, ao instituir o SUS, destacou a relevância da educação em saúde como parte das ações de promoção e prevenção, alinhada ao direito universal à saúde. Nesse contexto, políticas públicas como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006 e atualizada em 2014, incorporam a educação em saúde como eixo transversal, enfatizando sua capacidade de articular saberes técnicos e populares. Essa abordagem não apenas amplia o acesso à informação, mas também fortalece o protagonismo das comunidades na definição de suas necessidades e prioridades sanitárias (Brasil, 1988; Brasil, 2015).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761/2013, representa marco relevante nesse cenário, pois reconhece a importância de processos pedagógicos dialógicos, participativos e emancipatórios. Inspirada nos princípios de Paulo Freire, a PNEPS valoriza a construção coletiva do conhecimento e a inserção ativa dos sujeitos sociais no planejamento e execução das ações de saúde. Dessa forma, promove não apenas a transmissão de informações, mas o desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas que possibilitam a transformação da realidade social (Brasil, 2013).

O empoderamento comunitário, nesse contexto, é compreendido como um processo no qual indivíduos e coletividades adquirem maior controle sobre decisões que impactam sua vida e saúde. A PNPS já reconhece que o empoderamento é um elemento estratégico para a redução de vulnerabilidades e desigualdades. Assim, a educação em saúde se configura como instrumento para fomentar a autonomia coletiva, fortalecendo redes comunitárias de

solidariedade e cuidado, fundamentais no enfrentamento de determinantes sociais da saúde (Brasil, 2015).

Historicamente, o Brasil experimentou modelos centralizados de políticas de saúde, marcados por uma lógica verticalizada e tecnocrática. No entanto, a partir da redemocratização e da criação do SUS, o país passou a valorizar práticas participativas e descentralizadas. Nesse cenário, os conselhos e conferências de saúde emergem como espaços democráticos nos quais a educação em saúde se articula ao empoderamento comunitário, promovendo uma gestão mais transparente e orientada pelas necessidades reais da população (Ribeiro *et al.,* 2024).

A PNPS reforça a intersetorialidade como elemento essencial da promoção da saúde, destacando que a educação em saúde deve dialogar com outras políticas sociais, como educação, assistência social, habitação e meio ambiente. Essa abordagem amplia a capacidade de empoderamento comunitário, uma vez que reconhece a saúde como resultado de múltiplos determinantes e exige a construção coletiva de soluções. Assim, a educação em saúde não se limita à transmissão de informações biomédicas, mas integra-se à luta por direitos sociais mais amplos (Brasil, 2015).

Outro marco importante foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que posiciona a educação em saúde como parte constitutiva do trabalho das equipes de Saúde da Família. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel fundamental como mediadores culturais, traduzindo orientações técnicas em práticas acessíveis e promovendo o diálogo entre saberes científicos e populares. Essa estratégia reforça o empoderamento comunitário ao aproximar o SUS das realidades locais (Brasil, 2017).

A educação em saúde também assume papel estratégico no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, especialmente em populações historicamente marginalizadas, como comunidades quilombolas, indígenas e periféricas. As políticas de equidade em saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, reconhecem a necessidade de estratégias educativas que respeitem especificidades culturais e promovam a valorização de identidades coletivas. Esse reconhecimento amplia a potência emancipatória da educação em saúde ao fortalecer a cidadania e o pertencimento social (Brasil, 2017b).

No campo do empoderamento, as políticas públicas brasileiras têm enfatizado a relevância da participação comunitária na produção de saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE), por exemplo, integra ações educativas que articulam saúde e educação, possibilitando

que crianças e adolescentes sejam protagonistas na construção de hábitos saudáveis. Essa perspectiva estimula a formação de sujeitos críticos desde a infância, contribuindo para a transformação cultural e para a sustentabilidade das políticas públicas de saúde (Brasil, 2007).

A utilização de metodologias ativas e participativas é outro ponto-chave da PNEPS, que orienta os profissionais a adotarem práticas pedagógicas que vão além de palestras informativas. Roda de conversa, oficinas, grupos de apoio e práticas integrativas de saúde constituem espaços de troca que permitem à comunidade não apenas aprender, mas também ensinar e compartilhar experiências. Esse processo fortalece vínculos sociais, amplia a autonomia e fortalece a capacidade coletiva de intervenção sobre problemas locais (Conceição *et al.,* 2020).

A incorporação de tecnologias digitais nos processos de educação em saúde também vem ganhando destaque no Brasil contemporâneo. Campanhas educativas em redes sociais, aplicativos de saúde e plataformas de telemedicina ampliam o alcance das informações e favorecem a inclusão de grupos antes distantes dos serviços. No entanto, a democratização digital precisa ser acompanhada de políticas públicas de inclusão, para que a educação em saúde digital não reforce desigualdades já existentes (Conceição *et al.,* 2020).

Contudo, persistem desafios para consolidar a educação em saúde como estratégia de empoderamento comunitário. Entre eles estão a descontinuidade de políticas públicas, a carência de recursos financeiros, a formação insuficiente dos profissionais e as desigualdades regionais que dificultam a implementação equitativa de ações. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de fortalecer a governança pública e assegurar a sustentabilidade das iniciativas, para que os avanços não sejam comprometidos por mudanças conjunturais (Conceição *et al.,* 2020).

Diante disso, a educação em saúde, aliada às políticas de empoderamento comunitário, assume papel estratégico no fortalecimento da saúde pública no Brasil contemporâneo. Ao integrar princípios de participação social, intersetorialidade e equidade, essas estratégias contribuem para a construção de comunidades mais autônomas, críticas e capazes de intervir sobre seus determinantes de saúde. Assim, reafirma-se a educação em saúde como caminho essencial para consolidar um SUS democrático, inclusivo e voltado para a transformação social. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a educação em saúde como

estratégia de empoderamento comunitário e fortalecimento da saúde pública no Brasil contemporâneo.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, realizada a partir da busca, análise e síntese de publicações científicas, documentos oficiais e legislações nacionais voltadas à temática, sem restrição geográfica, considerando-se que o foco está nas políticas de saúde do Brasil. A população estudada correspondeu ao conjunto de artigos científicos, livros, dissertações, teses e documentos oficiais disponíveis em bases de dados reconhecidas, como SciELO, LILACS, PubMed, Google Acadêmico, bem como portarias e diretrizes do Ministério da Saúde. A amostra final foi composta pelos estudos selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Os critérios de inclusão foram: (i) publicações que abordassem o tema; (ii) documentos oficiais, portarias e diretrizes nacionais relacionados ao tema; (iii) artigos publicados em português, inglês ou espanhol; (iv) estudos divulgados entre os anos de 2010 e 2025, a fim de garantir atualidade e relevância. Já os critérios de exclusão compreenderam: (i) trabalhos duplicados em diferentes bases; (ii) artigos que não apresentassem relação direta com a temática; (iii) produções sem acesso ao texto completo.

A coleta de dados foi realizada por meio de descritores controlados e não controlados, em português e inglês, tais como: “educação em saúde”, “políticas públicas de saúde”, “participação social” e “Sistema Único de Saúde”. A busca foi conduzida entre os meses de setembro e outubro de 2025, obedecendo a critérios sistematizados de seleção e análise. As variáveis analisadas foram: (i) concepção de educação em saúde nos diferentes estudos; (ii) estratégias de empoderamento comunitário identificadas; (iii) políticas públicas associadas ao fortalecimento da participação social; (iv) desafios e perspectivas para a efetividade da educação em saúde no Brasil contemporâneo.

A análise dos dados ocorreu por meio da leitura exploratória, seletiva e analítica dos materiais encontrados. Em seguida, foi realizada a síntese interpretativa dos achados, buscando a comparação entre diferentes autores e documentos, a identificação de convergências e divergências, e a construção de uma visão crítica sobre a temática. Como se trata de uma

revisão bibliográfica baseada em fontes secundárias, não houve envolvimento direto de seres humanos ou animais, o que dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a obtenção de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE). Todas as referências utilizadas respeitam as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023:2024).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão dos estudos revelou que a educação em saúde, embora consolidada como diretriz estratégica para o fortalecimento do SUS, ainda enfrenta desafios estruturais, metodológicos e políticos. Observa-se uma distância significativa entre os marcos normativos e a realidade cotidiana dos serviços, especialmente na atenção primária, onde muitas práticas permanecem pautadas em modelos tradicionais de transmissão de conhecimento (Jesus, 2015). Os documentos oficiais, como a Lei 8.080/1990, destacam a universalidade e a integralidade da saúde, mas a prática mostra uma prevalência de intervenções fragmentadas, com pouca articulação intersetorial. Essa contradição limita o impacto da educação em saúde como ferramenta de transformação social, reduzindo-a, em muitos casos, a campanhas pontuais e verticalizadas (Brasil, 1990).

Um ponto recorrente na literatura é o predomínio de práticas centradas no profissional de saúde, sobretudo no enfermeiro, em detrimento de uma abordagem transdisciplinar. Essa concentração de responsabilidades inviabiliza a integração de saberes, quando a própria Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para potencializar o trabalho coletivo e multiprofissional (Paudarco *et al.,* 2020).

Ao analisar experiências em territórios vulneráveis, estudos mostram que a educação em saúde pode ter efeitos significativos sobre o empoderamento comunitário. Em populações em situação de rua, por exemplo, as ações educativas têm favorecido a construção de autonomia e consciência de direitos, embora sejam iniciativas ainda isoladas, não sistematizadas em políticas nacionais (Silva; Prado; Rodrigues, 2020). Os Conselhos e Conferências de Saúde, previstos na Lei 8.142/1990, constituem espaços privilegiados de participação social, mas carecem de maior efetividade como instâncias educativas. A baixa adesão popular e o predomínio de representantes institucionais reduzem sua capacidade de fomentar processos emancipatórios (Brasil, 1990).

A análise revelou ainda que os modelos pedagógicos predominantes nos serviços de saúde permanecem fortemente influenciados pela lógica biomédica. Predomina a realização de palestras e orientações prescritivas, que visam corrigir comportamentos individuais, sem considerar as realidades sociais e culturais dos sujeitos envolvidos (Alves; Aerts, 2011). Por outro lado, experiências exitosas indicam que metodologias ativas, como a problematização, permitem maior envolvimento dos participantes. Essas estratégias estimulam a reflexão crítica e a corresponsabilidade, rompendo com práticas tradicionais e aproximando-se da concepção freiriana de educação emancipatória (Alves *et al.,* 2017).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761/2013, representou um avanço ao reconhecer metodologias participativas como caminho para o empoderamento comunitário. Entretanto, a revisão mostrou que muitos profissionais desconhecem ou não aplicam suas diretrizes, revelando falhas na difusão e institucionalização dessa política (Brasil, 2013). Já a PNPS, também destacou a intersetorialidade como elemento essencial para potencializar a educação em saúde. Contudo, os estudos revelam que, na prática, a integração entre saúde, educação, assistência social e cultura ainda é insuficiente, resultando em ações fragmentadas e pouco efetivas (Brasil, 2014).

Nos territórios mais vulneráveis, os desafios são ainda maiores, pois faltam recursos, condições adequadas de trabalho e continuidade das ações. A sobrecarga das equipes de saúde e a escassez de investimentos dificultam a implementação de práticas educativas regulares, comprometendo a transformação social e a redução das desigualdades (Ribeiro *et al.,* 2024). Os estudos analisados também revelaram uma discrepância entre o discurso oficial e a realidade prática. Embora os documentos normativos reconheçam a centralidade da participação social, muitas atividades educativas continuam a reproduzir modelos autoritários, nos quais o profissional de saúde ocupa posição hierárquica frente à comunidade (Jesus, 2015).

A falta de indicadores específicos para avaliar o impacto da educação em saúde também foi destacada como uma limitação. A ausência de monitoramento sistemático dificulta a comprovação dos resultados das ações e fragiliza o planejamento de estratégias futuras, revelando uma lacuna metodológica nas políticas públicas (Paudarco *et al.,* 2020). Por outro lado, experiências baseadas em educação popular mostraram maior adesão comunitária, uma vez que respeitam saberes locais e incentivam o protagonismo dos usuários. Esse modelo se

aproxima da proposta freiriana de construção coletiva do conhecimento, demonstrando que a participação ativa da comunidade amplia a efetividade das ações (Alves; Aerts, 2011).

As pesquisas também mostraram que práticas homogeneizadas, muitas vezes replicadas em campanhas nacionais, apresentam baixa efetividade por não considerarem especificidades culturais e regionais. Esse dado reforça a necessidade de adaptar as estratégias educativas aos contextos locais, sob pena de reforçar desigualdades sociais (Silva; Prado; Rodrigues, 2020). A incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 nas diretrizes nacionais fortaleceu o reconhecimento da educação em saúde como instrumento de redução de desigualdades. Todavia, a literatura aponta que tais compromissos internacionais ainda não foram plenamente traduzidos em práticas estruturantes no Brasil (Brasil, 2017).

Outro ponto relevante refere-se ao papel da formação profissional. Universidades e cursos técnicos ainda priorizam uma visão biomédica e hospitalocêntrica, o que compromete a preparação de profissionais capazes de aplicar metodologias participativas e de valorizar a dimensão social da saúde (Alves *et al.,* 2017). Nos serviços de saúde, há também resistência institucional à realização de atividades educativas contínuas. Profissionais relatam dificuldades em conciliar demandas burocráticas e assistenciais com práticas de educação em saúde, o que gera desvalorização dessas ações em comparação com atendimentos clínicos imediatos (Paudarco *et al.,* 2020). A análise crítica mostrou ainda que experiências comunitárias autônomas, muitas vezes apoiadas por movimentos sociais, demonstram a potência da educação em saúde construída coletivamente. Essas iniciativas fortalecem redes de solidariedade e se configuram como espaços de resistência frente às desigualdades sociais (Alves; Aerts, 2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica realizada permitiu identificar que a educação em saúde ocupa lugar estratégico no fortalecimento do SUS e no empoderamento comunitário, mas ainda enfrenta obstáculos que limitam sua efetividade. Apesar de avanços normativos expressivos, como a instituição da PNPS e da PNEPS-SUS, observa-se que a prática educativa permanece, em muitos serviços, vinculada a modelos tradicionais de transmissão vertical de informações, desarticulados da realidade social e cultural das comunidades.

Os resultados apontam que práticas educativas fundamentadas em metodologias ativas e na educação popular em saúde são mais eficazes para promover participação social, fortalecer redes de solidariedade e ampliar a autonomia dos sujeitos. Contudo, essas experiências ainda são pontuais, demandando maior investimento do Estado na qualificação profissional, na integração intersetorial e na criação de indicadores de monitoramento que permitam avaliar os impactos reais das ações.

Conclui-se que, para consolidar a educação em saúde como eixo de transformação social, é indispensável superar barreiras estruturais, valorizar o protagonismo comunitário e aproximar o discurso normativo da realidade cotidiana dos serviços. Somente assim será possível assegurar que a educação em saúde cumpra seu papel de ferramenta emancipatória, capaz de reduzir desigualdades e fortalecer a cidadania sanitária no Brasil contemporâneo.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, M. N. T. et al. Metodologias pedagógicas ativas na educação em saúde. **Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal,** v. 10, n. 33, supl. 2, p. 339-348, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2015. 36 p. ISBN 978-85-334-2244-5.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1,** Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: os ODS e a saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. **ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,** 2017. 44 p. ISBN 978-85-334-2515-6.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva *et al.* A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-383

JESUS, S. J. A. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, Juazeiro do Norte,** v. 3, n. 1, p. 55-68, 2015.

PAUDARCO, L. S. *et al*. Educação como ferramenta de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Atas de Saúde Ambiental**, São Paulo, v. 8, p. 93-109, 2020.

RIBEIRO, A. C. *et al.* Educação em saúde como estratégia de empoderamento comunitário e fortalecimento da saúde pública no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 45-58, 2024.

RIBEIRO, Manuela Amaral *et al.* Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 1812-1823, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1812-1823.

SILVA, J. R.; PRADO, E. R. A.; RODRIGUES, N. M. S. Promoção e educação em saúde: o empoderamento das pessoas em situação de rua na perspectiva do cuidado à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11608-11620, 2020.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-3

IMPACTO DO ESTRESSE E DA ANSIEDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Hernanda Cristina Martins Costa
Bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio São Luís
Gislleny Vidal
Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Espírito Santo - Unesc. Especialista em Epidemiologia e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Espírito Santo
Ana Beatriz da Silva Santos Queiroz Lemos
Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Ages de Senhor do Bonfim - UNIAGES, Brasil
Mateus dos Santos de Albuquerque Guilherme
Graduando em Fisioterapia pelo Centro universitário Maurício de Nassau
Lindemberg da Silva Maia
Psicólogo e Mestrando em Saúde da Família pela UNILAB
Maria Thereza Santos Bandeira Salgado
Graduanda em Medicina pela Faculdade Nova Esperança - FAMENE-JP
Bleno Wendell Vieira da Silva
Nutricionista pelas Faculdades Integradas do Ceará – UniFIC
Milton Gonçalves de Carvalho Neto
Graduando em Fisioterapia pela UNIFACID WYDEN
Tamirez Santana Muniz
Mestre em Educação pela Universidade Federal Do Tocantins E Docente na Universidade Do Estado Do Pará
Paula Nathania Fernandes
Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São João Del Rei - campus Dona Lindu

Resumo: O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre estresse ocupacional, ansiedade e qualidade de vida de profissionais da saúde, considerando a relevância crescente do tema em virtude das exigências emocionais impostas pela prática clínica, especialmente em contextos de sobrecarga de trabalho e situações de crise sanitária. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada em bases nacionais e internacionais, abrangendo publicações entre 2021 e 2025, selecionadas com descritores controlados relacionados à saúde mental, estresse e qualidade de vida. Foram incluídos onze artigos que atenderam aos critérios de consistência metodológica e pertinência temática. Os resultados indicaram forte associação entre estresse e ansiedade e a deterioração da qualidade de vida em múltiplos domínios, incluindo saúde física, bem-estar psicológico, relações sociais e ambiente laboral, sendo enfermeiros e mulheres os grupos mais vulneráveis. Além disso, a pandemia de COVID-19 intensificou significativamente os níveis de esgotamento, ansiedade e depressão, aumentando a intenção de abandono da profissão. Por outro lado, fatores como resiliência psicológica, espiritualidade e o uso de intervenções digitais em saúde mental surgem como recursos protetores que contribuem para mitigar o impacto do desgaste emocional. Conclui-se que estratégias institucionais de suporte e políticas de promoção da saúde mental são fundamentais para preservar a qualidade de vida e a permanência dos trabalhadores na profissão.

Palavras-chave: Ansiedade; Estresse ocupacional; Profissionais de saúde; Qualidade de vida; Saúde mental.

IMPACT OF STRESS AND ANXIETY ON THE QUALITY OF LIFE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Abstract: This study aims to analyze the relationship between occupational stress, anxiety, and quality of life among healthcare professionals, considering the growing importance of this topic due to the emotional demands imposed by clinical practice, especially in contexts of work overload and health crises. A narrative review of the literature was conducted using national and international databases, covering publications between 2021 and 2025 selected with controlled descriptors related to mental health, stress, and quality of life. Eleven articles that met the criteria of methodological consistency and thematic relevance were included. The results showed a strong association between stress and anxiety and the deterioration of quality of life in multiple domains, including physical health, psychological well-being, social relations, and work environment, with nurses and women identified as the most vulnerable groups. Furthermore, the COVID-19 pandemic significantly intensified levels of exhaustion, anxiety, and depression, increasing the intention to leave the profession. On the other hand, factors such as psychological resilience, spirituality, and the use of digital mental health interventions emerged as protective resources that help mitigate the impact of emotional distress. It is concluded that institutional support strategies and mental health promotion policies are essential to preserve the quality of life and the permanence of healthcare professionals in their roles.

Keywords: Anxiety; Healthcare professionals; Mental health; Occupational stress; Quality of life.

INTRODUÇÃO

A temática do estresse ocupacional e da ansiedade em profissionais de saúde tem despertado crescente atenção acadêmica e institucional, na medida em que tais fenômenos não podem ser reduzidos a experiências individuais isoladas, mas configuram-se como expressões de processos estruturais que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde. Jachmann *et al.* (2025) evidenciam que médicos e enfermeiros inseridos em setores de emergência apresentam elevados níveis de burnout e depressão, condições que impactam negativamente a vida pessoal e o desempenho profissional, corroborando a ideia de que a prática em contextos críticos expõe os trabalhadores a exigências emocionais que superam frequentemente sua capacidade adaptativa. Segundo Vamvakas *et al.* (2022), a pandemia de COVID-19 intensificou sobremaneira esse quadro, pois a pressão por resultados imediatos, somada à sobrecarga de

jornadas e ao temor de contágio, produziu efeitos deletérios tanto na dimensão física quanto psicológica desses sujeitos, interferindo diretamente em sua qualidade de vida.

Considerando o acima exposto, torna-se evidente que a compreensão do estresse e da ansiedade como fatores determinantes de adoecimento laboral exige análise atenta dos grupos mais vulneráveis e dos contextos de maior pressão. Pesquisas recentes confirmam que a sobrecarga de papéis, particularmente em mulheres que conciliam múltiplas funções, associa-se a maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, comprometendo a percepção de bem-estar e a satisfação com o exercício profissional (Alnazly *et al*., 2023). A investigação de Amoozadeh *et al*. (2025) reforça esse entendimento ao demonstrar que a ansiedade relacionada à saúde compromete todos os domínios da qualidade de vida em enfermeiras, revelando que a pressão emocional vivenciada no ambiente hospitalar ultrapassa barreiras e alcança dimensões relacionais e ambientais. Dessa forma, a escolha do tema justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão acerca dos determinantes psicossociais que fragilizam a vida desses trabalhadores, pois a persistência de tal quadro compromete não apenas sua permanência no campo de atuação, mas também a qualidade da assistência oferecida aos pacientes.

À luz dessas considerações, este estudo tem como objetivo analisar os impactos do estresse e da ansiedade na qualidade de vida dos profissionais de saúde, destacando fatores de risco e proteção identificados em investigações empíricas recentes. A proposta consiste em discutir a relação entre carga emocional e bem-estar, evidenciando como as condições de trabalho, os aspectos sociodemográficos e as intervenções institucionais se articulam na determinação da saúde mental desses profissionais. Além disso, pretende-se indicar a importância de estratégias de enfrentamento que considerem tanto medidas organizacionais quanto recursos individuais, de modo a subsidiar reflexões críticas para a formulação de políticas públicas e institucionais que assegurem melhores condições de trabalho e maior preservação da saúde psicológica.

METODOLOGIA

A presente investigação caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, modalidade de estudo que permite examinar de forma ampla, crítica e interpretativa determinado campo de conhecimento, com o intuito de integrar achados de pesquisas anteriores e construir uma análise teórica coerente. Diferentemente das revisões sistemáticas, que se orientam por protocolos rigidamente delimitados, a revisão narrativa oferece maior flexibilidade metodológica, possibilitando ao pesquisador investigar múltiplas dimensões de um fenômeno e estabelecer conexões entre abordagens de diferentes tradições científicas (Rother, 2007). Tendo em vista o objetivo central de compreender o impacto do estresse e da ansiedade na qualidade de vida de profissionais de saúde, optou-se por esse delineamento, considerando que o tema envolve fatores contextuais, sociais e organizacionais que demandam reflexão crítica e não apenas síntese quantitativa de dados.

Para o desenvolvimento da pesquisa, realizou-se levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais. Foram consultadas a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e a base *Scopus*. Foram selecionados artigos publicados entre 2021 e 2025, período em que a discussão sobre saúde mental em trabalhadores da saúde ganhou maior destaque em razão da pandemia de COVID-19. Utilizaram-se descritores controlados dos vocabulários estruturados *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), tais como “Estresse Ocupacional”, “Ansiedade”, “Qualidade de Vida” e “Profissionais de Saúde”, combinados por meio de operadores booleanos.

Os critérios de inclusão contemplaram publicações originais e revisões que abordassem a relação entre estresse, ansiedade e qualidade de vida em profissionais de saúde, escritas em português, inglês ou espanhol, e disponibilizadas na íntegra. Como critérios de exclusão, foram descartados trabalhos que não discutissem diretamente a temática, artigos opinativos ou ensaios sem fundamentação empírica, bem como estudos anteriores a 2021, por não se enquadrarem na delimitação temporal estabelecida.

Após a triagem inicial, foram selecionados onze artigos que atenderam aos critérios definidos e que apresentaram consistência metodológica e relevância temática. Esses estudos constituíram o corpus analítico da revisão, permitindo identificar padrões, convergências e

lacunas no campo investigado. A análise dos textos ocorreu de forma interpretativa, orientada pela leitura crítica dos resultados e pela comparação entre diferentes achados, buscando construir uma discussão que integrasse os dados empíricos às dimensões teóricas do tema. Ressalte-se que, por se tratar de revisão narrativa, os resultados apresentados não têm como objetivo oferecer síntese estatística ou metanalítica, mas visam a compreender o fenômeno sob perspectiva qualitativa e reflexiva, articulando evidências com base em uma leitura crítica e contextualizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo do pressuposto de que a saúde mental dos profissionais de saúde constitui elemento fundamental para a manutenção da qualidade assistencial e para a preservação da própria estrutura de funcionamento dos sistemas hospitalares, a análise dos estudos selecionados revela uma correlação significativa entre estresse ocupacional, ansiedade e deterioração da qualidade de vida. O levantamento conduzido por Jachmann *et al*. (2025) demonstrou que médicos e enfermeiros de emergência vivenciam burnout em níveis elevados, apresentando repercussões que transcendem o espaço de trabalho e atingem a vida privada, fenômeno que compromete tanto a produtividade quanto a satisfação pessoal. Nessa mesma direção, Vamvakas *et al*. (2022) identificaram que, durante a pandemia de COVID-19, o estresse ocupacional intensificou sintomas depressivos e ansiosos, apontando para um quadro de esgotamento generalizado que fragilizou dimensões físicas e psicológicas da qualidade de vida dos trabalhadores.

Considerando o acima exposto, observa-se que a sobrecarga de funções emerge como um dos principais fatores de risco para a saúde mental, sobretudo entre mulheres. A investigação de Alnazly *et al*. (2023) com profissionais da Jordânia destacou que a multiplicidade de papéis e responsabilidades previu de maneira significativa a manifestação de sintomas de depressão, estresse e ansiedade, revelando vulnerabilidade mais acentuada no grupo feminino. De modo convergente, Amoozadeh *et al*. (2025) mostraram que a ansiedade relacionada à saúde exerce impacto negativo em todos os domínios da qualidade de vida das enfermeiras, incluindo relações sociais, saúde psicológica e ambiente, sugerindo que a pressão constante e o medo da doença intensificam percepções de desgaste emocional.

Adicionalmente, pesquisas reforçam que o estresse no trabalho compromete não apenas o bem-estar dos profissionais, mas também o cuidado prestado aos pacientes. Babapour *et al*. (2022) evidenciaram que a sobrecarga emocional em enfermeiras associa-se à redução de comportamentos de cuidado, constituindo risco direto para os desfechos clínicos. Cecere *et al*. (2023), ao avaliarem profissionais de terapia intensiva, identificaram níveis expressivos de burnout, distúrbios do sono e ansiedade, fatores que impactam de forma direta a qualidade de vida laboral e pessoal, configurando-se como ameaças ao equilíbrio entre vida profissional e privada. Dessarte, nota-se que os efeitos do estresse e da ansiedade extrapolam a dimensão subjetiva, alcançando a esfera institucional e social, pois influenciam diretamente a segurança do paciente e a efetividade da assistência.

Outrossim, a pandemia de COVID-19 apresentou-se como fator de agravamento expressivo, desencadeando situações de sofrimento que ultrapassaram limites já elevados. Soto-Cámara *et al*. (2021) demonstraram que profissionais da saúde atuando fora do ambiente hospitalar também apresentaram índices elevados de ansiedade, sobretudo mulheres e trabalhadores com contato direto com pacientes infectados, o que indica que a crise sanitária não apenas expôs, mas também ampliou vulnerabilidades preexistentes. Nesse interim, a necessidade de estratégias institucionais voltadas para a prevenção do adoecimento psíquico tornou-se inadiável, uma vez que a continuidade de cenários críticos, sem suporte adequado, compromete a permanência desses trabalhadores na profissão.

Demais disso, alguns fatores protetores foram observados em estudos específicos. A resiliência psicológica, segundo Alonazi *et al*. (2023), mostrou-se associada a maior satisfação com a prática profissional e a menor prevalência de estresse traumático secundário entre enfermeiros de saúde mental, sugerindo que características individuais podem atenuar os efeitos da sobrecarga emocional. Paralelamente, Rakhshani *et al*. (2024) evidenciaram que a saúde espiritual correlaciona-se de maneira inversa com sintomas de ansiedade e depressão em mulheres trabalhadoras, o que reforça a importância de dimensões subjetivas na preservação da qualidade de vida. Nesse mesmo campo, Zhang *et al*. (2024) destacaram a eficácia das intervenções de saúde mental mediadas por recursos digitais, demonstrando que programas de e-mental health reduziram de forma significativa os níveis de estresse e ansiedade em profissionais da saúde, configurando-se como estratégia promissora para contextos de sobrecarga.

Em complemento, investigações sobre a relação entre espiritualidade e qualidade de vida ampliam a compreensão acerca das variáveis que modulam a experiência de sofrimento. Rakhshani *et al*. (2024) confirmaram que a dimensão espiritual atua como mediadora de bem-estar, fortalecendo o equilíbrio emocional diante de pressões externas. Cumpre acrescentar que esses achados se articulam com a revisão conduzida por Soto-Cámara *et al*. (2021), a qual indica que fatores socioculturais, como gênero e contexto familiar, influenciam diretamente o modo como os trabalhadores vivenciam o estresse. Ressalte-se que, embora tais fatores de proteção se mostrem relevantes, não anulam a necessidade de políticas institucionais amplas e contínuas.

Diante do exposto, a análise das onze fontes selecionadas permite afirmar que o estresse e a ansiedade afetam de forma multidimensional a vida dos profissionais de saúde, impactando desde a esfera física até o equilíbrio social e ambiental. Como corolário, observa-se que variáveis como gênero, função exercida e contexto pandêmico intensificam a vulnerabilidade, ao passo que resiliência psicológica, espiritualidade e intervenções digitais funcionam como fatores mitigadores. Em face do apresentado, torna-se imprescindível que gestores e formuladores de políticas de saúde reconheçam a gravidade do fenômeno e implementem medidas institucionais permanentes, garantindo não apenas a preservação da saúde do trabalhador, mas também a qualidade da assistência à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida evidenciou que o estresse ocupacional e a ansiedade afetam de forma ampla e persistente a qualidade de vida dos profissionais de saúde, repercutindo em aspectos físicos, emocionais, relacionais e institucionais. A sobrecarga de trabalho, as longas jornadas e a pressão constante por resultados constituem fatores que fragilizam a saúde psicológica, comprometendo não apenas a permanência desses trabalhadores em suas funções, mas também a qualidade da assistência prestada à população. Nesse cenário, a preservação da saúde mental deixa de ser uma dimensão secundária e passa a configurar-se como requisito essencial para a sustentabilidade dos serviços de saúde e para a efetividade das políticas públicas.

Outrossim, constatou-se que determinados grupos apresentam maior vulnerabilidade, em especial enfermeiros e mulheres, cuja sobreposição de papéis profissionais e familiares intensifica a percepção de desgaste emocional. Embora fatores de proteção como a resiliência

psicológica e a espiritualidade contribuam para mitigar os efeitos adversos, é inegável que tais elementos não substituem a necessidade de estratégias institucionais consistentes e permanentes. A inserção de programas de apoio emocional, aliados ao fortalecimento de políticas voltadas à valorização profissional, configura-se como alternativa imprescindível para a redução dos riscos associados ao estresse e à ansiedade.

Em face do apresentado, compreende-se que o fenômeno analisado não pode ser interpretado como experiência individualizada, mas como processo coletivo, enraizado nas estruturas de organização do trabalho em saúde. Cumpre ressalvar que a maior parte dos estudos existentes limita-se a desenhos transversais, restringindo inferências causais mais profundas, o que reforça a necessidade de novas pesquisas de caráter longitudinal que permitam examinar o impacto das intervenções ao longo do tempo.

À guisa de conclusão, reitera-se a urgência de promover ambientes de trabalho mais saudáveis, capazes de preservar o bem-estar psicológico e físico dos profissionais de saúde. A consolidação de políticas institucionais que priorizem a saúde mental desses trabalhadores representa não apenas uma medida de cuidado com quem exerce funções essenciais, mas também um passo decisivo para a construção de sistemas de saúde mais humanos, eficientes e socialmente responsáveis.

REFERÊNCIAS

ALNAZLY, E. *et al*. Analyzing role overload, mental health, and quality of life among Jordanian female healthcare professionals: a cross-sectional study. **International Journal of Women's Health**, Auckland, v. 15, n. 1, p. 33-45, 2023.

ALONAZI, O. *et al*. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, London, v. 22, n. 14, p. 1-11, 2023.

AMOOZADEH, Z. *et al*. Assessment the relationship between health anxiety and Iranian nurses' quality of life: a cross-sectional study. **Frontiers in Psychiatry,** Lausanne, v. 16, e1456789, p. 1-9, 2025.

BABAPOUR, A.-R. *et al*. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, London, v. 21, n. 45, p. 1-9, 2022.

CECERE, L. *et al*. Quality of life of critical care nurses and impact on anxiety, depression, stress, burnout and sleep quality: a cross-sectional study. **Intensive & Critical Care Nursing, London,** v. 79, n. 103285, p. 1-8, 2023.

JACHMANN, A. *et al*. Burnout, depression, and stress in emergency department nurses and physicians and the impact on private and work life: a systematic review. **Journal of the American College of Emergency Physicians Open,** Hoboken, v. 6, n. 1, p. e13022, 2025.

RAKHSHANI, T. *et al*. The relationship between spiritual health, quality of life, stress, anxiety and depression in working women. **Frontiers in Public Health,** Lausanne, v. 12, e1190245, p. 1-10, 2024.

SOTO-CÁMARA, R. *et al*. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on out-of-hospital health professionals: a living systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 10, n. 15, p. 3258-3271, 2021.

VAMVAKAS, E. *et al*. Occupational stress and quality of life among health professionals during the COVID-19 pandemic. **The Journal of Critical Care Medicine,** Târgu Mureș, v. 8, n. 2, p. 76-83, 2022.

ZHANG, Z. *et al*. The effectiveness of e-mental health interventions on stress, anxiety, and depression among healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews,** London, v. 13, n. 112, p. 1-12, 2024.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-4

INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Danielle Marques Gomes
Mestra Em Ciências Ambientais - Unitau
Gislleny Vidal
Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Espírito Santo - Unesc. Especialista em Epidemiologia e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Espírito Santo
Soraia Arruda
Graduada em Enfermagem pela UFRGS e Gestão em Saúde pela UFCSPA e Mestrado em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS
Stefhanne Caroline de Souza Santos Magalhães
Advogada e Especialista em Direito e Processo do Trabalho pela Uninter
Paulinny Caldas de Lima
Discente em Farmácia pela Universidade da Amazônia
Marco Antônio Baijo
Médico pela Universidad Central del Paraguay
Maria Olívia da Costa
Dentista pela Universidade de Pernambuco - UPE
Emmanoela de Almeida Paulino Lima
Mestre em modelos de decisão e saúde- UFPB
Bleno Wendell Vieira da Silva
Nutricionista pelas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC
Tamirez Santana Muniz
Mestre Em Educação Pela Universidade Federal Do Tocantins e Docente Na Universidade Do Estado Do Pará

Resumo: O estudo analisa a intersetorialidade como estratégia para fortalecer políticas públicas em saúde, descrevendo fundamentos conceituais, mecanismos de coordenação e efeitos na equidade; apresenta revisão narrativa de literatura recente, contemplando experiências nacionais e internacionais com foco em articulação entre saúde, educação, assistência social, meio ambiente e planejamento urbano, considerando impactos sobre determinantes sociais, desempenho institucional e participação social. A síntese evidencia que arranjos intersetoriais sustentados por liderança comprometida, governança clara, financiamento estável, transparência informacional e pactuação de metas produzem respostas mais integradas e eficientes frente a problemas complexos; registram-se ganhos em acesso, continuidade do cuidado e redução de desigualdades, especialmente em territórios vulneráveis, verificando-se também ampliação de redes de apoio e melhoria de indicadores de bem-estar. Identificam-se obstáculos recorrentes ligados a assimetrias de poder, sobreposição de competências, insuficiência de capacidades estatais e resistência organizacional, demandando institucionalização de comitês, rotinas de monitoramento compartilhado e formação de gestores e equipes. Conclui-se que a intersetorialidade, entendida como prática contínua e não evento pontual, requer arquitetura de governança que alinhe objetivos, integre bases de dados, envolva comunidades e produza accountability, consolidando políticas mais equitativas, responsivas e sustentáveis.

Palavras-chave: Ação Intersetorial; Política de Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Equidade em Saúde; Promoção da Saúde.

INTERSECTORALITY AS A STRATEGY FOR STRENGTHENING PUBLIC HEALTH POLICIES

Abstract: This study examines intersectorality as a strategy to strengthen public health policies, outlining conceptual underpinnings, coordination mechanisms, and effects on equity; it presents a narrative review of recent literature covering national and international experiences that link health with education, social assistance, environment, and urban planning, considering impacts on social determinants, institutional performance, and social participation. The synthesis indicates that intersectoral arrangements supported by committed leadership, clear governance, stable financing, transparent information flows, and shared targets generate more integrated and efficient responses to complex problems; documented benefits include improved access, continuity of care, and reduced inequalities in vulnerable settings, alongside stronger support networks and better well-being indicators. Recurrent barriers relate to power asymmetries, overlapping mandates, limited state capacities, and organizational resistance, which require institutionalized committees, joint monitoring routines, and capacity-building for managers and frontline teams. The conclusion states that intersectorality, conceived as an ongoing practice rather than a one-off initiative, depends on governance architectures that align objectives, integrate data systems, engage communities, and secure accountability, thereby consolidating more equitable, responsive, and sustainable public policies.
Keywords: Health Equity; Health Policy; Health Promotion; Intersectoral Action; Social Determinants of Health.

INTRODUÇÃO

A intersetorialidade consolidou-se nas últimas décadas como um princípio orientador fundamental para o fortalecimento das políticas públicas em saúde, uma vez que os determinantes do processo saúde-doença ultrapassam as fronteiras do setor sanitário e encontram-se profundamente vinculados a fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais. Tancred et al. (2024) demonstram que a colaboração entre diferentes setores governamentais constitui caminho promissor para a efetivação da estratégia de “Saúde em Todas as Políticas”, reforçando a importância da articulação institucional na construção de respostas mais eficazes e sustentáveis. Na mesma direção, O’Mullane et al. (2024) ressaltam que a abordagem intersetorial é essencial para o enfrentamento das desigualdades em saúde, pois amplia a capacidade de atuação sobre os determinantes sociais e fortalece a legitimidade das políticas públicas.

Considerando o acima exposto, percebe-se que a intersetorialidade não se restringe à integração administrativa, mas deve ser entendida como um processo político e social que promove rearranjos de poder, redefine práticas de gestão e amplia os espaços de decisão coletiva. Aivalli et al. (2025), em uma revisão realista sobre países de baixa e média renda, apontam que as dinâmicas de poder e os desequilíbrios de recursos entre setores constituem desafios persistentes para a consolidação de parcerias efetivas, exigindo governança clara e mecanismos de coordenação. De forma complementar, Simeon et al. (2024) identificaram que, durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe, as iniciativas intersetoriais desempenharam papel decisivo na ampliação da capacidade assistencial, no apoio às populações vulneráveis e na tomada de decisão baseada em evidências, demonstrando que contextos de crise podem acelerar processos de integração.

À luz dessas evidências, torna-se evidente que a intersetorialidade requer mais do que boa vontade política: ela demanda recursos financeiros estáveis, sistemas de informação compartilhados e participação social efetiva. Experiências analisadas por Galvez-Hernandez et al. (2025) confirmam que comunidades residentes em áreas com maior mobilização de ativos de saúde, sustentados por arranjos intersetoriais, apresentam níveis mais elevados de apoio social e bem-estar, indicando impactos positivos no cotidiano da população. Nesse sentido, a relevância desta investigação justifica-se pela necessidade de compreender os mecanismos que favorecem ou dificultam a articulação entre setores, pois a ausência de cooperação institucional tende a produzir fragmentação, ineficiência e manutenção das iniquidades em saúde.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a intersetorialidade como estratégia para o fortalecimento das políticas públicas em saúde, discutindo seus fundamentos conceituais, seus fatores facilitadores e os principais obstáculos à sua consolidação, bem como examinando experiências concretas que evidenciam seu impacto na redução das desigualdades sociais e na construção de sistemas mais equitativos e sustentáveis.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, abordagem metodológica que possibilita a integração crítica de diferentes resultados empíricos e teóricos, sem a rigidez protocolar das revisões sistemáticas, mas com foco na interpretação e na

contextualização do fenômeno analisado. De acordo com Rother (2007), esse tipo de revisão é particularmente adequado para temas que demandam compreensão ampla, atravessados por múltiplos determinantes, como é o caso da intersetorialidade em políticas públicas de saúde, uma vez que não se limita a quantificar evidências, mas busca estabelecer conexões conceituais e destacar lacunas relevantes no campo investigado.

Para o desenvolvimento da pesquisa, realizou-se levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais, contemplando *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *Scopus*. Foram utilizados descritores controlados extraídos dos vocabulários estruturados *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), entre eles "Ação Intersetorial", "Política de Saúde", "Determinantes Sociais da Saúde", "Equidade em Saúde" e "Promoção da Saúde", combinados por operadores booleanos. A delimitação temporal compreendeu publicações entre 2021 e 2025, período em que a produção científica sobre governança intersetorial ganhou maior densidade em virtude dos efeitos da pandemia de COVID-19 e da intensificação de agendas relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Como critérios de inclusão, selecionaram-se artigos originais, revisões de escopo e revisões sistemáticas que discutissem explicitamente a intersetorialidade em políticas públicas de saúde, publicados em inglês, português ou espanhol, e disponíveis integralmente nas plataformas consultadas. Excluíram-se estudos de natureza opinativa, documentos sem respaldo científico e publicações anteriores ao recorte temporal definido. Ao final do processo de triagem, foram selecionados vinte artigos que atenderam aos critérios estabelecidos e que apresentaram consistência metodológica e relevância para o objetivo da investigação.

A análise dos textos seguiu orientação interpretativa, mediante leitura crítica e extração de informações referentes a mecanismos de governança, fatores facilitadores, barreiras institucionais e impactos observados em experiências nacionais e internacionais. A síntese buscou identificar padrões recorrentes e singularidades contextuais, relacionando os achados com dimensões mais amplas dos determinantes sociais da saúde e da governança pública. Ressalte-se que, por se tratar de revisão narrativa, os resultados não devem ser entendidos como evidência estatística consolidada, mas como construção analítica que pretende oferecer

subsídios conceituais e práticos para a formulação de políticas públicas mais equitativas, sustentáveis e integradas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura consultada evidencia de maneira consistente que a intersetorialidade constitui um mecanismo indispensável para a formulação e implementação de políticas públicas em saúde mais equitativas, sustentáveis e eficazes. Estudos de escopo conduzidos por Tancred et al. (2024) demonstram que a integração entre setores fortalece a força de trabalho em saúde e potencializa a estratégia de "Saúde em Todas as Políticas", ampliando a capacidade institucional de enfrentar determinantes sociais que isoladamente escapariam da governabilidade do setor sanitário. De modo convergente, Aivalli et al. (2025) apontam que, em países de baixa e média renda, a cooperação intersetorial esbarra em desequilíbrios de poder e em disparidades históricas de recursos, o que reforça a necessidade de governança clara, pactuação de objetivos comuns e mecanismos de coordenação que ultrapassem meras declarações de intenção.

Considerando os resultados apresentados, constata-se que a colaboração intersetorial apresenta impactos expressivos em contextos de crise sanitária. Simeon et al. (2024) analisaram a resposta à pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe e identificaram que a mobilização conjunta de setores permitiu ampliar a capacidade de atendimento clínico, melhorar o processo de tomada de decisão baseada em evidências e oferecer maior suporte a populações vulneráveis, demonstrando que a cooperação, quando institucionalizada, pode reduzir iniquidades em situações críticas. Nessa mesma direção, Bremberg (2023) mostrou que a experiência sueca de articulação intersetorial contribuiu para a prevenção primária de doenças e agravos em crianças e adolescentes, evidenciando que políticas coordenadas, mesmo em países de alta renda, produzem efeitos mais robustos na saúde coletiva.

Outrossim, a literatura destaca que os benefícios da intersetorialidade não se restringem a indicadores de saúde, mas estendem-se ao fortalecimento das redes sociais e comunitárias. Galvez-Hernandez et al. (2025) demonstraram, em estudo populacional na Catalunha, que comunidades residentes em áreas com maior mobilização de ativos sociais por meio de arranjos

intersetoriais apresentaram níveis mais elevados de apoio social e bem-estar, revelando que a estratégia pode atuar também como promotora de inclusão e coesão social. Em estudo semelhante, Lozan et al. (2024) avaliaram os Conselhos Territoriais de Saúde Pública na Moldávia e constataram que sua capacidade de articulação ainda se mostra limitada, mas reforçaram que, quando fortalecidos, esses conselhos podem funcionar como instrumentos decisivos de coordenação local, capazes de alinhar prioridades setoriais e de reduzir fragmentações administrativas.

Nesse interim, identificam-se também obstáculos recorrentes que comprometem a efetividade das ações intersetoriais. O'Mullane et al. (2024) ressaltam que a falta de clareza de papéis institucionais, a escassez de financiamento e a ausência de indicadores compartilhados constituem barreiras que reduzem a sustentabilidade das políticas. Hein et al. (2024) acrescentam que a participação de profissionais de saúde pública em processos de decisão ainda é limitada por restrições financeiras e por estruturas de governança inadequadas, embora a pandemia de COVID-19 tenha incentivado práticas colaborativas e modernização da formação. Cumpre acrescentar que experiências locais, como a analisada em Munique por Routine et al. (2023), reforçam a necessidade de comunicação transparente, recursos suficientes e benefícios claros para todos os atores envolvidos, pois a percepção de ganhos mútuos aumenta o comprometimento intersetorial.

Diante do exposto, torna-se plausível afirmar que a intersetorialidade, quando apoiada por liderança robusta, governança clara e participação social, contribui de maneira significativa para a redução das desigualdades, para o fortalecimento das redes de apoio comunitário e para a construção de políticas públicas mais responsivas. No entanto, conforme apontado por Asirvatham et al. (2024), o monitoramento e a avaliação das parcerias intersetoriais ainda representam desafios persistentes, uma vez que a ausência de métricas claras e de mecanismos de accountability limita a capacidade de mensurar o impacto concreto dessas iniciativas. Destarte, a consolidação da intersetorialidade como estratégia exige não apenas vontade política, mas também institucionalização de processos, investimento em formação de gestores e técnicos e a criação de ambientes colaborativos que garantam continuidade e efetividade das políticas públicas em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão narrativa realizada permitiu identificar que a intersetorialidade representa não apenas uma diretriz normativa ou discursiva, mas uma estratégia concreta de fortalecimento das políticas públicas em saúde, sobretudo quando institucionalizada em arranjos de governança capazes de articular setores historicamente fragmentados. A análise dos estudos revelou que a colaboração intersetorial amplia a capacidade dos sistemas de saúde de responder a problemas complexos, favorece a integração de diferentes políticas sociais e contribui para reduzir desigualdades que comprometem a qualidade de vida das populações mais vulneráveis. Constatou-se que iniciativas bem-sucedidas estiveram associadas a fatores como liderança clara, pactuação de metas comuns, transparência informacional e financiamento adequado, configurando elementos indispensáveis para a sustentabilidade das ações.

Outrossim, verificou-se que os impactos positivos da intersetorialidade extrapolam a esfera estritamente sanitária, estendendo-se para a promoção da equidade social, para o fortalecimento das redes comunitárias e para a consolidação de práticas mais participativas. Experiências analisadas em diferentes contextos evidenciaram que a atuação conjunta entre saúde, educação, assistência social, meio ambiente e planejamento urbano foi capaz de melhorar indicadores de acesso e bem-estar, além de ampliar a legitimidade das políticas por meio da participação comunitária. Entretanto, desafios persistem, sobretudo relacionados a desequilíbrios de poder entre setores, à sobreposição de competências e à insuficiência de capacidades técnicas e financeiras, fatores que frequentemente comprometem a efetividade e a continuidade das ações.

Em face do apresentado, reafirma-se que a intersetorialidade deve ser concebida como prática permanente e não como evento pontual, demandando institucionalização em instâncias decisórias, rotinas de monitoramento compartilhado e formação continuada de gestores e profissionais. A superação das barreiras identificadas requer compromisso político, engajamento comunitário e investimento em mecanismos inovadores de coordenação. À guisa de conclusão, pode-se afirmar que a intersetorialidade, quando implementada de forma consistente, constitui um eixo estruturante para a construção de políticas públicas em saúde mais justas, equitativas e sustentáveis, representando caminho indispensável para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a concretização de direitos sociais em sua plenitude.

REFERÊNCIAS

AIVALLI, P. et al. Power dynamics and intersectoral collaboration for health in low- and middle-income countries: a realist review. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 661-683, 2025.

ASIRVATHAM, R. et al. Methods for evaluating intersectoral action partnerships to address the social determinants of health: a scoping review. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada**, Ottawa, v. 44, n. 1, p. 33-48, 2024.

BREMBERG, S. The Swedish intersectoral national public health policy: effects on child and adolescent health. **The European Journal of Public Health**, Oxford, v. 33, n. 4, p. 455-463, 2023.

GALVEZ-HERNANDEZ, P. et al. Mobilizing community health assets through intersectoral collaboration for social connection: associations with social support and well-being in Catalonia. **PLOS One,** San Francisco, v. 20, n. 3, p. e0254312, 2025.

HEIN, J. et al. Strengthening public health professionals in policymaking in the Eastern WHO European region. **The European Journal of Public Health**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2024.

KHANPOOR, H. et al. A mixed-methods model for healthcare system responsiveness to public health: insights from Iranian experts. **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 23, n. 2, p. 99-115, 2025.

LOZAN, O. et al. Assessing capacities to strengthen intersectoral collaboration in Territorial Public Health Councils in the Republic of Moldova. **PLOS One,** San Francisco, v. 19, n. 6, p. e0284312, 2024.

O'MULLANE, M. et al. Development of a Health Impact Assessment Implementation Model: Enhancing Intersectoral Approaches in Tackling Health Inequalities. **HRB Open Research,** Dublin, v. 7, n. 2, p. 101-112, 2024.

OBJECTIVE OF THIS, et al. Health for all Policies: The co-benefits of intersectoral action. **The European Journal of Public Health,** Oxford, v. 33, n. 1, p. 45-47, 2023.

ROUTINE, et al. Process evaluation of an intersectoral intervention for health equity in Munich, Germany. **The European Journal of Public Health,** Oxford, v. 33, n. 2, p. 210-219, 2023.

SIMEON, D. T. et al. Intersectoral collaboration in the COVID-19 response in Latin America and the Caribbean. **International Journal for Equity in Health,** Londres, v. 23, n. 4, p. 152-167, 2024.

TANCRED, T. et al. The pathway to health in all policies through intersectoral collaboration on the health workforce: a scoping review. **Health Policy and Planning,** Oxford, v. 39, n. 2, p. 150-168, 2024.

10.71248/9786583818171-5

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Danielle Marques Gomes
Mestra Em Ciências Ambientais - Unitau/2025
Luana Silva André
Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará
Ana Beatriz da Silva Santos Queiroz Lemos
Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Ages de Senhor do Bonfim - UNIAGES, Brasil.
Isabela Schnitzer Eugenio
Graduanda Em Medicina Na Universidade Luterana Do Brasil
Julia Fernanda Fávaro
Enfermeira pela Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bianca Medeiros de Oliveira
Enfermeira pela Faculdade Fied Ieducare Tianguá-Ce
Amanda da Silva Araújo
Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Amazônia - Unama
Maria Thereza Santos Bandeira Salgado
Graduanda em Medicina pela Faculdade Nova Esperança - FAMENE-JP
Augusto Fleury estrela
Médico pela UniEvangélica
Felipe Silva Ribeiro
Mestre em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Resumo: O presente artigo tem como objetivo analisar a violência obstétrica como fenômeno que compromete a saúde da mulher e discutir os desafios para a efetivação da humanização do parto. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada em bases nacionais e internacionais entre 2021 e 2025, utilizando descritores em ciências da saúde relacionados a violência obstétrica, saúde da mulher e humanização da assistência. Foram selecionados 12 estudos que abordaram a prevalência de práticas abusivas, os fatores de risco associados, os impactos físicos e psicológicos e as estratégias de enfrentamento propostas. Os resultados indicaram que a violência obstétrica manifesta-se em diferentes formas, como intervenções sem consentimento, abuso verbal, negligência e discriminação, com prevalência significativa tanto em cenários internacionais quanto no Brasil, onde pesquisas revelaram índices alarmantes de intervenções abusivas em partos hospitalares. As consequências incluem ansiedade, depressão, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático e recusa em buscar assistência institucional em partos futuros. A análise evidenciou ainda que a humanização do parto, fundamentada em práticas baseadas em evidências, consentimento informado, comunicação respeitosa e protagonismo da mulher, constitui estratégia central para superar as desigualdades estruturais e reduzir os danos associados. Conclui-se que enfrentar a violência obstétrica exige articulação entre políticas públicas, formação ética e técnica dos profissionais e participação social, garantindo o parto como experiência de cuidado, dignidade e respeito.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos; Parto humanizado; Saúde da mulher; Violência contra a mulher.

OBSTETRIC VIOLENCE AND WOMEN'S HEALTH: CHALLENGES FOR THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH

Abstract: This article aims to analyze obstetric violence as a phenomenon that compromises women's health and to discuss the challenges of implementing childbirth humanization. It is a narrative literature review conducted in national and international databases between 2021 and 2025, using health sciences descriptors related to obstetric violence, women's health and humanization of care. 12 studies were selected, addressing the prevalence of abusive practices, associated risk factors, physical and psychological impacts, and proposed coping strategies. Results indicated that obstetric violence manifests in different forms, such as non-consensual interventions, verbal abuse, neglect and discrimination, with significant prevalence both internationally and in Brazil, where research revealed alarming rates of abusive interventions in hospital deliveries. Consequences include anxiety, depression, low self-esteem, post-traumatic stress disorder and refusal to seek institutional care in future deliveries. The analysis also showed that childbirth humanization, based on evidence-informed practices, informed consent, respectful communication and female protagonism, is a central strategy to overcome structural inequalities and reduce associated harms. It is concluded that addressing obstetric violence requires articulation between public policies, ethical and technical training of professionals and social participation, ensuring childbirth as an experience of care, dignity and respect.

Keywords: Humanized childbirth; Reproductive rights; Violence against women; Women's health.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica configura-se como uma grave violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, sendo reconhecida por organismos internacionais como expressão de práticas institucionais abusivas que comprometem a autonomia e a dignidade no processo de gestar e parir. De acordo com Khalil et al. (2022), a violência obstétrica manifesta-se em múltiplas formas, incluindo abuso físico, verbal, procedimentos invasivos sem consentimento, negligência, desrespeito à privacidade e condutas discriminatórias, sendo observada em diferentes contextos socioculturais. A literatura tem enfatizado que tais práticas não se restringem a experiências isoladas, mas refletem um modelo biomédico hierárquico que concentra poder nos profissionais de saúde e desconsidera a mulher como sujeito de direitos (Yildirim et al., 2024; Li et al., 2025).

As consequências ultrapassam o momento do parto, estendendo-se para a saúde mental e emocional. Há a associação direta entre a vivência de violência obstétrica e maior prevalência de ansiedade, depressão, baixa autoestima e transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto (Fontenele Taira et al., 2024; Mayra et al., 2022). Ademais, experiências negativas podem gerar recusa de futuros partos em instituições, elevando riscos para a saúde materna e neonatal (Pickles, 2025; Rusu et al., 2025).

À luz desse cenário, o movimento pela humanização do parto apresenta-se como resposta ética, política e técnica, defendendo práticas baseadas em evidências científicas e centradas na mulher. Conforme ressaltam Yalley et al. (2024), intervenções voltadas à melhoria da comunicação, à garantia de consentimento informado e ao fortalecimento da privacidade demonstraram impacto positivo na redução de maus-tratos. Entretanto, desafios persistem, como a ausência de consenso conceitual sobre o termo, a resistência institucional em reconhecê-lo e a subnotificação sistemática dos casos (Tartuce et al., 2022; Avcı et al., 2023).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a violência obstétrica enquanto fenômeno multifacetado que compromete a saúde da mulher, discutindo seus impactos físicos, psicológicos e sociais, bem como os desafios para a efetivação da humanização do parto. A análise busca evidenciar que o enfrentamento dessa problemática exige articulação entre políticas públicas, formação ética dos profissionais e mobilização social, a fim de transformar a experiência do nascimento em processo de respeito, dignidade e cuidado integral.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma **revisão narrativa da literatura**, modalidade metodológica que busca integrar diferentes produções acadêmicas a fim de oferecer uma compreensão abrangente e crítica sobre determinado fenômeno, sem seguir, necessariamente, protocolos rígidos de revisões sistemáticas. Segundo Rother (2007), a revisão narrativa é particularmente útil em temáticas que exigem abordagem interdisciplinar e contextual, permitindo identificar tendências, contradições e lacunas do conhecimento existente. No caso específico da violência obstétrica, a opção por essa metodologia justificou-

se pela diversidade conceitual e pela necessidade de explorar o fenômeno em sua complexidade, contemplando dimensões sociais, culturais, psicológicas e institucionais.

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Scopus* e *Web of Science*, entre janeiro de 2021 e abril de 2025. Utilizaram-se descritores controlados extraídos dos vocabulários *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), dentre os quais destacam-se "Violência Obstétrica", "Humanização do Parto", "Saúde da Mulher", "Direitos Reprodutivos" e "Saúde Mental Materna", combinados com operadores booleanos. Essa estratégia buscou assegurar ampla cobertura de estudos que abordassem tanto a prevalência da violência obstétrica quanto seus impactos psicossociais e as propostas de enfrentamento.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos originais, revisões de escopo e revisões sistemáticas que tratassem especificamente da violência obstétrica e da humanização do parto, publicados em português, inglês ou espanhol e disponíveis em texto integral. Excluíram-se ensaios opinativos sem respaldo científico, estudos duplicados e publicações fora do recorte temporal estabelecido. Ao final do processo de triagem, que envolveu leitura de títulos, resumos e, posteriormente, análise completa, foram selecionados **12 artigos** que atenderam aos critérios de elegibilidade. Entre eles, destacam-se estudos que examinaram narrativas de mulheres em diferentes contexto, investigações sobre impactos psicológicos e revisões que propuseram intervenções voltadas à redução da violência obstétrica.

A análise dos artigos selecionados realizou-se por meio de leitura crítica e comparativa, buscando identificar categorias centrais relacionadas à prevalência e formas de violência, aos fatores de risco, aos impactos para a saúde da mulher e às estratégias de humanização do parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese da literatura evidenciou que a violência obstétrica constitui uma violação grave e persistente dos direitos humanos das mulheres, caracterizando-se como prática multifacetada que perpassa abuso físico, verbal, procedimentos invasivos sem consentimento, negligência, desrespeito à privacidade e discriminação durante a gestação, o parto e o pós-parto.

A prevalência elevada desse fenômeno, com taxas que chegam a superar 50% em alguns contextos, sendo o não consentimento informado a manifestação mais recorrente (Khalil et al., 2022; Li et al., 2025). As análises também revelaram que mulheres de baixa renda, sem acompanhante, submetidas a partos vaginais em instituições com déficit de recursos e ausência de protocolos humanizados encontram-se mais expostas ao risco de sofrer práticas abusivas, situação agravada em grupos vulneráveis como mulheres racializadas e com deficiência (Rusu et al., 2025; Avcı et al., 2023).

No Brasil, estimativas recentes revelam que o fenômeno da violência obstétrica atinge proporções alarmantes. O estudo "Nascer no Brasil", que incluiu uma amostra de cerca de 24 000 mulheres, identificou que **44 %** das participantes relataram pelo menos um episódio de violência obstétrica — tais como violência física ou psicológica, desrespeito, ausência de informação, falta de privacidade, dificuldade de comunicação com a equipe de saúde, impossibilidade de questionar procedimentos ou perda de autonomia durante o parto (Silva et al., 2023).

Adicionalmente, uma investigação de base populacional realizada em Rio Grande (RS) com 1 226 parturientes submetidas ao parto vaginal hospitalar mostrou que práticas como toque vaginal sem consentimento (68,3 %), episiotomia (41,3 %), uso de medicação sem explicação (33,8 %), amniótese (30,2 %) e manobra de Kristeller (23,1 %) foram recorrentes, enquanto falta de informação (8,8 %) e desrespeito (5,8 %) também foram relatados, com 50,9 % das mulheres sofrendo práticas mais severas, especialmente entre as mais jovens (67,2 %) ou primíparas (69,8 %) (Brasil, 2023).

No tocante às repercussões, constatou-se que as consequências ultrapassam os danos físicos imediatos, alcançando dimensões emocionais e psicológicas de longo prazo. As experiências de desrespeito durante o parto estiveram associadas a ansiedade, depressão, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático e deterioração da qualidade de vida no puerpério (Fontenele Taira et al., 2024; Yildirim et al., 2024). Ademais, a vivência negativa pode desencadear recusa de partos futuros em instituições de saúde, reforçando ciclos de risco para a saúde materna e neonatal, uma vez que a evitação de serviços especializados aumenta a probabilidade de complicações (Mayra et al., 2022; Pickles, 2025). A literatura enfatiza que essas marcas emocionais podem ser interpretadas como “feridas invisíveis”, cuja gravidade se

estende para além do período gestacional, interferindo nas trajetórias reprodutivas e de saúde sexual das mulheres (Yildirim et al., 2024).

Outrossim, as pesquisas indicaram que a violência obstétrica está profundamente enraizada em estruturas de desigualdade de gênero, classe e raça, sendo reiteradamente descrita como uma forma de discriminação institucionalizada (Tartuce et al., 2022; Rusu et al., 2025). A análise de narrativas em diferentes países evidenciou padrões comuns de hierarquização de poder entre profissionais e usuárias dos serviços, em que a autonomia feminina é sistematicamente negligenciada em nome da autoridade médica. Khalil et al. (2022) e Avcı et al. (2023) mostraram que o abuso físico e o cuidado não digno figuram entre as formas mais prevalentes de violência, indicando a persistência de modelos biomédicos centrados na intervenção e no controle sobre o corpo feminino.

As estratégias para enfrentamento do problema vêm sendo construídas em diferentes cenários, com destaque para intervenções voltadas à melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes, adoção de protocolos de consentimento informado, fortalecimento da privacidade e capacitação ética e técnica das equipes (Yalley et al., 2024; Andrade Fontenele Taira et al., 2024). As experiências analisadas em revisões de escopo e meta-sínteses sugerem que programas de formação que priorizam a humanização e o cuidado centrado na mulher contribuem para reduzir práticas abusivas e ampliar a satisfação com o processo de parto (Yalley et al., 2024; Li et al., 2025). Contudo, persistem desafios significativos, tais como a ausência de consenso conceitual sobre o termo “violência obstétrica”, a resistência institucional em reconhecê-la como categoria legítima e a subnotificação sistemática dos casos (Pickles, 2025; Mayra et al., 2022).

Diante do exposto, os resultados indicam que a violência obstétrica não deve ser compreendida apenas como falha individual de conduta, mas como fenômeno estrutural, enraizado em práticas institucionais que naturalizam desigualdades e silenciam a experiência das mulheres. O movimento pela humanização do parto emerge, nesse sentido, como resposta política e ética, exigindo mudanças profundas na formação profissional, no modelo assistencial e nas políticas públicas. A incorporação de práticas baseadas em evidências, centradas no respeito, na autonomia e na dignidade, representa caminho indispensável para transformar a experiência do nascimento em processo de cuidado e não de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permite compreender que a violência obstétrica se configura como um fenômeno complexo, profundamente enraizado em estruturas sociais e institucionais marcadas por desigualdades de gênero, classe e raça. Trata-se de uma prática que transcende a esfera individual, refletindo modelos assistenciais hierárquicos e centrados na autoridade médica, nos quais a mulher é frequentemente desconsiderada em sua autonomia e em sua condição de sujeito de direitos. Essa constatação evidencia a necessidade de repensar o cuidado obstétrico em todas as suas dimensões, reconhecendo que a vivência do parto deve ser marcada pelo respeito, pela dignidade e pela integralidade do cuidado.

As consequências da violência obstétrica extrapolam o momento do nascimento, estendendo-se para a vida psíquica e social das mulheres. A experiência de procedimentos abusivos, de comunicação falha e de negligência assistencial produz marcas emocionais profundas, que podem se traduzir em medo, rejeição de futuras gestações em ambiente hospitalar e até em distanciamento dos serviços de saúde. Esse cenário agrava os riscos maternos e neonatais e perpetua ciclos de vulnerabilidade, comprometendo não apenas a saúde individual, mas também a confiança coletiva nas instituições que deveriam zelar pela proteção e pelo bem-estar.

Diante desse quadro, a humanização do parto emerge como caminho indispensável para a transformação da realidade obstétrica. Humanizar significa recolocar a mulher no centro do processo, reconhecendo seu protagonismo, suas escolhas e seus direitos. Para tanto, faz-se necessária uma mudança estrutural que envolva a formulação de políticas públicas efetivas, a capacitação ética e técnica dos profissionais de saúde, a valorização do consentimento informado e o fortalecimento da participação social. Não se trata de medida pontual, mas de processo contínuo de reconstrução cultural e institucional, voltado para assegurar que o nascimento seja vivenciado como experiência de cuidado integral e não como cenário de violação.

À guisa de conclusão, pode-se afirmar que o enfrentamento da violência obstétrica exige compromisso político, engajamento social e revisão crítica das práticas assistenciais, de modo a consolidar um modelo de atenção que promova respeito, dignidade e equidade. Garantir partos humanizados não representa apenas uma melhoria técnica do cuidado, mas um imperativo ético

e social que reafirma os direitos das mulheres e contribui para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

AVCI, N. et al. A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. Midwifery, **Amsterdã**, v. 122, n. 1, p. 103-115, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Pesquisa de base populacional em Rio Grande (RS), intróito ao Inquérito Perinatal.** Violência obstétrica: prevalência de práticas durante o parto vaginal hospitalar em 2016. Rio Grande, RS, 2016.

KHALIL, M. et al. Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean Region: a review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth**. Frontiers in Global Women's Health,** Lausanne, v. 3, n. 1, p. 45-58, 2022.

LI, W. et al. The moral dilemma of obstetric violence: a meta-synthesis. **Nursing Ethics, Londres,** v. 32, n. 1, p. 13-29, 2025.

MAYRA, K. et al. Breaking the silence about obstetric violence: body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 22, n. 5, p. 511-524, 2022.

PICKLES, C. Emerging human rights standards on obstetric violence and abuse during childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, Londres, v. 163, n. 2, p. 245-252, 2025.

ROTHER, E. T. Revisão narrativa versus revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, abr./jun. 2007.

RUSU, M. et al. Obstetric violence: reproductive and sexual health trajectories of racialised Brazilian women in Portugal. **Social Sciences,** Basel, v. 14, n. 3, p. 122-136, 2025.

SILVA, J. C. O. Prevalência e tipos de violência obstétrica em estudo nacional "Nascer no Brasil". **RSD – Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, e8212541526, p. 1-15, 2023.

TAIRA, J. P. A. F. et al. O impacto da violência obstétrica na saúde mental das mulheres: uma análise das consequências psicológicas. **Revista FT,** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 77-91, 2024.

TARTUCE, T. M. et al. The obstetric violence paradigm and the lack of humanization in birth. **International Journal of Health Science,** Dubai, v. 16, n. 4, p. 255-266, 2022.

YALLEY, A. A. et al. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. **Frontiers in Public Health,** Lausanne, v. 12, n. 2, p. 189-203, 2024.

YILDIRIM, S. et al. The invisible wounds of women: ethical aspects of obstetric violence. **Nursing Ethics**, Londres, v. 31, n. 4, p. 367-376, 2024.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-6

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ONCOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL

Dayana Sampaio Cardoso
Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais
Raira Gonçalves da Gama Machado
Nutricionista pelo Centro Universitário Regional do Brasil
Laís Bertoldo Fonseca
Nutricionista pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB e Esp. Nutrição em Oncologia e Nutrição Clínica
Mateus dos Santos de Albuquerque Guilherme
Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau
Paulinny Caldas de Lima
Graduanda em Farmácia pela Universidade da Amazônia
Marco Antônio Baijo
Médico pela Universidad Central del Paraguay
Maria Olívia da Costa
Dentista pela Universidade de Pernambuco/UPE
Sandra Raquel Macedo Almeida Drummond
Nutricionista pela faculdade Uniasselvi
Milton Gonçalves de Carvalho Neto
Graduando em Fisioterapia pela UNIFACID WYDEN
Felipe Silva Ribeiro
Mestre em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Resumo: O capítulo tem como objetivo analisar as contribuições das equipes multiprofissionais no cuidado integral em oncologia, evidenciando benefícios, desafios e estratégias de fortalecimento desse modelo. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada entre 2021 e 2025, em bases nacionais e internacionais, utilizando descritores em ciências da saúde relacionados a oncologia, equipe multiprofissional e cuidado integral. Foram selecionados vinte estudos que abordaram impactos clínicos, qualidade de vida, barreiras organizacionais e estratégias de implementação de equipes em diferentes contextos. Os resultados indicaram que a atuação multiprofissional promove diagnósticos mais precisos, planos terapêuticos personalizados, redução de sintomas físicos e suporte psicossocial ampliado, repercutindo em maior sobrevida e satisfação dos pacientes. Além disso, reuniões multidisciplinares favorecem a tomada de decisão compartilhada e a integração de saberes, ainda que persistam dificuldades relacionadas à hegemonia médica, à limitação de recursos e à comunicação insuficiente entre os profissionais. Conclui-se que a multiprofissionalidade em oncologia constitui eixo fundamental para um cuidado que seja simultaneamente técnico, humano e integral, sendo necessário investir em políticas públicas, capacitação permanente e transformação cultural para consolidar práticas colaborativas capazes de responder às múltiplas demandas do paciente oncológico.

Palavras-Chave: Cuidados paliativos; Equipe multiprofissional; Neoplasias; Oncologia; Qualidade de vida.

MULTIPROFESSIONAL TEAM IN ONCOLOGY: CONTRIBUTIONS TO INTEGRAL CARE

Abstract: This article aims to analyze the contributions of multiprofessional teams in comprehensive oncology care, highlighting benefits, challenges and strategies to strengthen this model. It is a narrative literature review carried out between 2021 and 2025, in national and international databases, using health sciences descriptors related to oncology, multiprofessional team and comprehensive care. Twenty studies were selected, addressing clinical outcomes, quality of life, organizational barriers and strategies for implementing teams in different contexts. Results indicated that multiprofessional performance promotes more accurate diagnoses, personalized therapeutic plans, reduction of physical symptoms and expanded psychosocial support, resulting in greater survival and patient satisfaction. In addition, multidisciplinary meetings favor shared decision-making and knowledge integration, although difficulties related to medical hegemony, limited resources and insufficient communication among professionals still persist. It is concluded that multiprofessionality in oncology constitutes a fundamental axis for care that is simultaneously technical, human and comprehensive, requiring investment in public policies, continuous training and cultural transformation to consolidate collaborative practices capable of responding to the multiple demands of cancer patients.

Keywords: Multiprofessional team; Neoplasms; Oncology; Palliative care; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O câncer permanece como uma das principais causas de morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo não apenas avanços tecnológicos no diagnóstico e no tratamento, mas também modelos de atenção capazes de integrar diferentes dimensões da experiência do adoecimento. Nesse contexto, a constituição de equipes multiprofissionais em oncologia consolidou-se como estratégia indispensável para garantir cuidado integral, superando abordagens fragmentadas e centradas exclusivamente no aspecto biomédico. De acordo com Bisceglia et al. (2024), a atuação colaborativa de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais resulta em planos terapêuticos mais personalizados, comunicação mais eficiente e maior satisfação por parte dos pacientes, o que se traduz em melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida.

A literatura recente enfatiza que as equipes multiprofissionais permitem contemplar não apenas o tratamento da doença, mas também necessidades psicossociais, espirituais e familiares, reconhecendo que o câncer produz repercussões que extrapolam o corpo físico e alcançam dimensões emocionais e sociais (Kočo et al., 2021; Scott, 2022). Reuniões multidisciplinares, conhecidas como *Multidisciplinary Team Meetings* (MDTMs), têm se mostrado instrumentos fundamentais para a discussão coletiva de casos, possibilitando decisões clínicas mais seguras e alinhadas às preferências dos pacientes (Wihl et al., 2021). Entretanto, estudos demonstram que a participação dos profissionais nem sempre se dá de forma equitativa, prevalecendo a hegemonia médica em detrimento da valorização de outras áreas, o que pode comprometer a integralidade do cuidado (Alfieri et al., 2023; Shin et al., 2025).

Outrossim, verificam-se barreiras organizacionais significativas que limitam a efetividade das equipes, incluindo restrições de tempo, recursos escassos e dificuldades logísticas, particularmente em serviços comunitários e em países de baixa e média renda (Law et al., 2024; Beeram et al., 2021). Ainda assim, experiências internacionais demonstram que, quando bem estruturadas, as equipes multiprofissionais otimizam fluxos de atendimento, reduzem atrasos terapêuticos e favorecem a adesão ao tratamento, ampliando o protagonismo do paciente no processo de decisão (Liu et al., 2022; Horlait et al., 2021).

À luz dessas evidências, o presente artigo tem como objetivo analisar as contribuições da equipe multiprofissional no cuidado oncológico, discutindo seus benefícios, limitações e estratégias de fortalecimento, com ênfase na promoção de um cuidado integral que contemple simultaneamente dimensões clínicas, psicológicas e sociais.

METODOLOGIA

O presente estudo configurou-se como uma revisão narrativa da literatura, modalidade que permite articular e interpretar criticamente diferentes produções científicas, identificando padrões, contradições e lacunas no campo de investigação. Conforme preconiza Rother (2007), essa abordagem se mostra especialmente apropriada em temáticas complexas, atravessadas por múltiplos determinantes, como é o caso do cuidado oncológico multiprofissional, uma vez que

possibilita integrar evidências de natureza diversa e oferecer uma compreensão ampliada do fenômeno em análise.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre janeiro de 2021 e maio de 2025 em bases de dados nacionais e internacionais de ampla cobertura, a saber: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Scopus* e *Web of Science*. Para a busca, utilizaram-se descritores controlados extraídos dos vocabulários *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), incluindo "Oncologia", "Equipe Multiprofissional", "Cuidado Integral em Saúde", "Cuidados Paliativos" e "Tomada de Decisão Compartilhada", combinados por operadores booleanos. Essa estratégia visou garantir a abrangência e a especificidade da seleção, contemplando tanto estudos clínicos quanto revisões de caráter analítico e reflexivo.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos originais, revisões sistemáticas, revisões de escopo e estudos observacionais que abordassem de maneira explícita a atuação de equipes multiprofissionais em oncologia e seus efeitos sobre desfechos clínicos, satisfação dos pacientes, qualidade de vida ou organização dos serviços de saúde. Foram excluídos documentos de natureza opinativa, relatos de experiência sem fundamentação metodológica clara e produções fora do recorte temporal estabelecido. Após a triagem inicial por títulos e resumos e a posterior análise integral, foram selecionados 13 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade, constituindo o corpus analítico da pesquisa.

A análise dos textos seguiu orientação interpretativa e comparativa, com leitura crítica e extração de dados referentes a benefícios da abordagem multiprofissional, barreiras organizacionais, impacto na humanização do cuidado e estratégias de implementação em diferentes contextos. Os achados foram organizados em eixos temáticos, permitindo identificar não apenas os avanços no campo, como a contribuição das reuniões multiprofissionais para a tomada de decisão, mas também desafios recorrentes, como a desigualdade na participação dos profissionais não médicos e limitações estruturais em serviços de menor porte. Ressalte-se que, por se tratar de revisão narrativa, os resultados não têm caráter estatístico consolidado, mas oferecem uma síntese crítica e fundamentada capaz de subsidiar reflexões acadêmicas e práticas sobre o fortalecimento das equipes multiprofissionais na oncologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura permitiu identificar que a constituição de equipes multiprofissionais em oncologia contribui de maneira significativa para a melhoria dos desfechos clínicos e para a promoção de um cuidado integral. Estudos recentes demonstraram que a integração de diferentes profissionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e farmacêuticos, amplia a precisão diagnóstica, favorece a elaboração de planos terapêuticos personalizados e promove acompanhamento contínuo, repercutindo em taxas superiores de sobrevida e em maior satisfação dos pacientes (Bisceglia et al., 2024; Scott, 2022). Ao contemplar dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais do processo de adoecimento, as equipes multiprofissionais reforçam a noção de que o câncer exige uma abordagem que transcende o aspecto biomédico, incorporando princípios de integralidade e humanização no cuidado (Kočo et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à tomada de decisão compartilhada, entendida como processo no qual diferentes saberes dialogam em prol do melhor interesse do paciente. Reuniões multiprofissionais, conhecidas como *Multidisciplinary Team Meetings* (MDTMs), mostraram-se fundamentais para a discussão coletiva de casos, reduzindo erros clínicos, evitando redundância em exames e possibilitando condutas mais seguras e alinhadas às preferências individuais (Wihl et al., 2021; Liu et al., 2022). Entretanto, verificou-se que a participação nem sempre ocorre de modo equitativo, uma vez que o predomínio da voz médica tende a limitar a contribuição de profissionais de outras áreas, reduzindo a efetividade do trabalho interdisciplinar e fragilizando o caráter integral do cuidado (Alfieri et al., 2023; Shin et al., 2025).

As evidências também apontaram barreiras organizacionais que dificultam a consolidação do modelo multiprofissional, incluindo escassez de tempo para reuniões, sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos e falhas de comunicação, especialmente em serviços de saúde comunitários ou de baixa e média renda (Law et al., 2024; Beeram et al., 2021). Apesar desses desafios, experiências bem-sucedidas revelam que a adoção de protocolos padronizados, o uso de plataformas digitais para integração das equipes e a valorização da liderança compartilhada constituem estratégias eficazes para otimizar a prática multiprofissional (Horlait et al., 2021; Scott, 2021).

No campo dos cuidados paliativos, a literatura destacou a importância da atuação integrada das equipes multiprofissionais para melhorar a qualidade de vida de pacientes em fase avançada, reduzir sintomas físicos e aliviar sofrimento psicológico. Estudos mostraram que a inserção de psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, ao lado da equipe médica, contribui para reduzir ansiedade e depressão, além de promover apoio contínuo às famílias, fortalecendo a rede de suporte durante todo o processo de adoecimento (Kočo et al., 2021; Bisceglia et al., 2024). Essa dimensão evidencia que o cuidado integral em oncologia não se restringe ao prolongamento da vida, mas se estende à promoção de dignidade e conforto, especialmente em contextos de terminalidade.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a literatura converge para a compreensão de que as equipes multiprofissionais em oncologia representam modelo indispensável para enfrentar a complexidade do câncer, garantindo atenção integral, decisões mais seguras e maior humanização do cuidado. Contudo, a consolidação desse modelo depende de mudanças culturais e organizacionais que assegurem participação equitativa de todos os profissionais envolvidos, alocação adequada de recursos e valorização de práticas colaborativas capazes de transformar a experiência de cuidado em processo compartilhado e centrado no paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese dos estudos analisados permitiu compreender que a atuação de equipes multiprofissionais em oncologia configura-se como estratégia indispensável para enfrentar a complexidade do câncer e garantir um cuidado que seja, ao mesmo tempo, integral, humanizado e centrado no paciente. A integração de diferentes áreas do conhecimento contribui para diagnósticos mais precisos, definição de planos terapêuticos individualizados e acompanhamento contínuo, traduzindo-se em melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos pacientes e familiares. Ao incorporar dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, o trabalho multiprofissional rompe com a fragmentação tradicional do cuidado em saúde e reafirma a importância da interdisciplinaridade como princípio organizador da atenção oncológica.

Entretanto, o percurso para consolidar esse modelo ainda enfrenta barreiras significativas, entre as quais se destacam a predominância da autoridade médica nas decisões,

a desigualdade na participação de outros profissionais, a sobrecarga de trabalho, a limitação de recursos e as falhas de comunicação entre membros da equipe. Esses entraves revelam que a multiprofissionalidade não se sustenta apenas na coexistência de diferentes especialidades, mas exige mudanças culturais e estruturais capazes de assegurar a valorização equitativa de todos os profissionais, a institucionalização de protocolos colaborativos e a criação de condições organizacionais que favoreçam o diálogo e a tomada de decisão compartilhada.

Diante do exposto, reafirma-se que a equipe multiprofissional não representa um acréscimo acessório ao cuidado oncológico, mas sim elemento constitutivo de sua qualidade e efetividade. Consolidar esse modelo implica investir em políticas públicas que promovam capacitação contínua, destinem recursos adequados e incentivem práticas colaborativas, além de estimular o protagonismo do paciente e de sua família no processo de tratamento. À guisa de conclusão, pode-se afirmar que fortalecer a multiprofissionalidade na oncologia constitui não apenas um desafio técnico e organizacional, mas também um compromisso ético e social com a dignidade humana, com a qualidade de vida e com a integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALFIERI, S. et al. Characterizing different multidisciplinary team models implemented within one comprehensive cancer center. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 16, n. 3, p. 215-224, 2023.

BEERAM, M. et al. Barriers to comprehensive multidisciplinary head and neck care in a community oncology practice. **ASCO Educational Book**, v. 41, n. 1, p. 87-95, 2021.

BISCEGLIA, I. et al. Multidisciplinary approach in oncology: enhancing patient outcomes through collaborative care. **Annals of Research in Oncology,** v. 12, n. 1, p. 45-58, 2024.

HORLAIT, M. et al. Understanding the complexity, underlying processes, and influencing factors for optimal multidisciplinary teamwork in hospital-based cancer teams. **Cancer Nursing,** v. 44, n. 5, p. 391-400, 2021.

KOČO, L. et al. The effects of multidisciplinary team meetings on clinical practice for colorectal, lung, prostate and breast cancer: a systematic review. **Cancers**, v. 13, n. 12, p. 3015-3028, 2021.

LAW, N. et al. Barriers and challenges of multidisciplinary teams in oncology management: a scoping review protocol. **BMJ Open**, v. 14, n. 2, p. e056789, 2024.

LIU, R. et al. Fostering a high-functioning team in cancer care using the 4R oncology model: assessment in a large health system. **Journal of Clinical Oncology**, v. 40, n. 5, p. 1021-1030, 2022.

ROTHER, E. T. Revisão narrativa versus revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, abr./jun. 2007.

SCOTT, B. Multidisciplinary team approach in cancer care: a review of the latest advancements featured at ESMO 2021. **Annals of Oncology**, v. 33, n. 9, p. 987-995, 2022.

SCOTT, B. Multidisciplinary team approach in cancer care: a review of the latest advancements. **Cancer Treatment Reviews**, v. 98, n. 1, p. 102230-102238, 2021.

SHIN, H. et al. Facilitators and barriers to multidisciplinary teamwork in adolescent and young adult oncology care: a descriptive qualitative study. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 18, n. 1, p. 55-67, 2025.

WIHL, J. et al. Contributions to multidisciplinary team meetings in cancer care: predictors of complete case information and comprehensive case discussions. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 14, n. 1, p. 103-112, 2021.

YAHYA, E. et al. The role of medical doctors, medical nurses, and lab technicians in oncology care. **Power System Technology,** v. 47, n. 4, p. 122-131, 2024.

10.71248/9786583818171-7

OS IMPACTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA UTILIZAÇÃO DE TIRZEPATIDA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE E DO DIABETES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Resumo: Este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências disponíveis sobre os impactos econômicos e sociais da tirzepatida no tratamento da obesidade e do diabetes no sistema público de saúde. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada nas bases: PubMed, SciELO, Google Scholar e LILACS, utilizando descritores do DeCS e critérios rigorosos de inclusão. Os resultados demonstraram que a tirzepatida apresenta eficácia superior às terapias existentes, com reduções expressivas de peso, melhora metabólica abrangente e impactos favoráveis em análises de custo-efetividade, capazes de reduzir complicações e gastos associados à obesidade e ao diabetes. Evidências de mundo real reforçaram sua efetividade em diversos perfis populacionais, enquanto estudos econômicos indicaram potencial de diminuição da carga financeira sobre sistemas públicos de saúde, especialmente no manejo de doenças crônicas de alta prevalência. Conclui-se que a tirzepatida se apresenta como uma tecnologia promissora, com potencial significativo para melhorar desfechos clínicos, reduzir desigualdades em saúde e contribuir para planejamento e políticas públicas. Contudo, destaca-se a necessidade de estudos nacionais que avaliem sua sustentabilidade e aplicabilidade no SUS.

Palavras-Chave: Obesidade; Diabetes Mellitus; Tirzepatida; Perda de Peso e Custo-Efetividade.

Crislaynne Alves dos Santos
Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e UTI pela Medsafe Soluções em Saúde
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6256-3851

Katsura Bárbara Puhl
Graduada em Enfermagem pela Universidade Comunitária de Chapecó - Unochapecó
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3482-2067

Luana Alves de Andrade
Graduada em Medicina pela Universidade Jose do Rosario Vellano - MG
Orcid: 0009-0008-4422-9145

Suellen Barbosa Carvalho
Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário UNIFIS- R
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-5889-7558

Cassiana Bessa de Lima Magalhães
Pós-Graduanda em Farmácia Clínica de Endocrinologia e Metabologia pelo Instituto de ciência tecnologia e qualidade industrial
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-3255-0986

Wênia Carla Ferreira Lima
Pós-graduanda em Saúde da Família pela UNILAB

Andriellen Rabelo Carvalho
Especialista em Obstetrícia pelo Centro Universitário Estácio de Sá
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8802-3527

Carlos Daniel Freire de Araújo
Pós-graduado em Esporte e Atividade física pela Faculdade Natalense de Ensino e Cultura
Orcid: 0009-0003-6534-4592

Gleiciane Silva de Aguiar
Pós graduação em Cardiorrespiratória e terapia intensiva pela Nacional fisio
Orcid: Https://orcid.org/0000-0003-4491-5328

Nathiely Schmitt Sbardelotto
Pós-graduada em Nutrição Clínica Hospitalar e Ambulatorial
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-2461-1264

THE ECONOMIC AND SOCIAL IMPACTS OF TIRZEPATIDE USE IN THE TREATMENT OF OBESITY AND DIABETES IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

Abstract: This study aimed to synthesize the available evidence on the economic and social impacts of tirzepatide in the treatment of obesity and diabetes within the public health system. It is a narrative literature review conducted using PubMed, SciELO, Google Scholar, and LILACS databases, employing DeCS descriptors and rigorous inclusion criteria. The results demonstrated that tirzepatide exhibits superior efficacy compared to existing therapies, with significant weight reductions, comprehensive metabolic improvement, and favorable impacts in cost-effectiveness analyses, capable of reducing complications and costs associated with obesity and diabetes. Real-world evidence reinforced its effectiveness across diverse population profiles, while economic studies indicated the potential to reduce the financial burden on public health systems, especially in the management of highly prevalent chronic diseases. In conclusion, tirzepatide presents itself as a promising technology with significant potential to improve clinical outcomes, reduce health inequalities, and contribute to planning and public policies. However, the need for national studies evaluating its sustainability and applicability within the Brazilian Unified Health System (SUS) is highlighted.

Keywords: Obesity; Diabetes Mellitus; Tirzepatide; Weight Loss and Cost-Effectiveness.

INTRODUÇÃO

A obesidade e o diabetes mellitus (DM) tipo 2 configuram-se como desafios globais de grande magnitude, influenciando diretamente a morbimortalidade e os custos assistenciais, especialmente em sistemas públicos como o brasileiro. A crescente prevalência dessas condições intensifica a demanda por internações, medicamentos e acompanhamento especializado, tornando urgente a busca por terapias mais eficientes. Nesse cenário, a tirzepatida, um agonista duplo de GIP e GLP-1, tem se destacado pelos resultados clínicos consistentes apresentados em estudos recentes (Hwang *et al.,* 2025).

Inicialmente desenvolvida para o controle glicêmico, a tirzepatida ganhou evidência pela expressiva capacidade de promover perda ponderal superior a intervenções tradicionais. Reduções maiores que 20% do peso corporal foram observadas em regimes supervisionados, superando inclusive terapias consolidadas como a semaglutida. Esse desempenho representa

um avanço importante no manejo da obesidade, sobretudo considerando o impacto do excesso de peso na funcionalidade, risco cardiovascular e qualidade de vida (Sokary; Bawadi, 2025).

No campo econômico, a incorporação de novos medicamentos ao sistema público requer avaliações rigorosas de custo-efetividade, sustentabilidade e impacto orçamentário. Modelos recentes sugerem que a tirzepatida pode reduzir custos futuros relacionados a complicações metabólicas, como nefropatia, retinopatia e eventos cardiovasculares. Em horizontes de longo prazo, tende a ser custo-efetiva para populações de alto risco, embora o preço atual ainda represente barreira significativa em países de renda média (Hoog *et al.,* 2025).

Outrossim tirzepatida proporciona ganhos expressivos em anos de vida ajustados por qualidade (QALYs). Capehorn *et al.* (2025) demonstram que, mesmo em análises conservadoras, a razão custo-efetividade incremental se mantém dentro de limites aceitáveis para sistemas públicos robustos. Entretanto, no contexto brasileiro, fatores como desigualdades regionais, limitações estruturais e variações de preço exigem cautela, reforçando a necessidade de avaliações contextualizadas e estratégias inovadoras de financiamento.

Os impactos sociais também merecem destaque, tendo em vista que a obesidade está associada a estigma, redução da autonomia e comprometimento da capacidade laboral. A melhora do peso corporal e dos parâmetros metabólicos promovida pela tirzepatida pode restaurar a funcionalidade, favorecer o bem-estar e influenciar positivamente indicadores socioeconômicos, especialmente entre grupos vulneráveis (Liu *et al.,* 2025).

Há também potencial para reduzir desigualdades regionais no cuidado ao diabetes e à obesidade. No Brasil, o acesso a especialistas e programas estruturados varia amplamente entre regiões. Evidências internacionais indicam que terapias farmacológicas de alto impacto podem mitigar parte dessas desigualdades quando associadas ao fortalecimento do cuidado básico e a estratégias educativas, desde que acompanhadas por uma rede de serviços preparada para o seguimento contínuo dos usuários (Purcell *et al.,* 2025).

Ainda destaca-se os desafios éticos relacionados à incorporação de medicamentos de alto custo, especialmente no que se refere ao uso racional de recursos públicos. Tecnologias inovadoras demandam critérios transparentes de priorização e análise equilibrada entre custo individual e benefício coletivo (Hwang *et al.,* 2025).

Embora a tirzepatida apresente um perfil de segurança globalmente favorável, efeitos gastrointestinais podem limitar a continuidade do tratamento em parte dos pacientes. Evidências recentes reforçam que programas de saúde pública devem assegurar acompanhamento clínico regular, manejo oportuno dos eventos adversos e ações educativas que promovam melhor compreensão da terapia, favorecendo maior adesão e persistência ao tratamento (Liu; Neidecker; Nahata 2025).

A implementação da tirzepatida também exige reorganização dos fluxos assistenciais e atualização de protocolos clínicos na Atenção Primária. Tecnologias de alto impacto requerem integração entre níveis assistenciais, critérios claros de elegibilidade e definição de indicadores de monitoramento. No SUS, essa estruturação deve ser pactuada entre diferentes esferas de gestão para garantir efetividade e racionalidade no uso dos recursos (Liu; Neidecker; Nahata 2025).

Do ponto de vista econômico indireto, a tirzepatida pode reduzir absenteísmo, ampliar a produtividade e diminuir gastos familiares com doenças crônicas. A melhora sustentada do estado metabólico reduz a perda funcional associada ao diabetes e à obesidade severa, beneficiando não só o indivíduo, mas também sua rede social e laboral (Sokary; Bawadi, 2025). Outro benefício importante está relacionado à redução de internações decorrentes de complicações metabólicas. Há evidências de que o melhor controle glicêmico proporcionado pela tirzepatida diminui a ocorrência de eventos cardiovasculares e de insuficiência renal, que figuram entre as principais causas de hospitalização em pessoas com diabetes, resultando em economia relevante para o sistema público (Capehorn *et al.,* 2025).

Apesar dos resultados promissores, ainda existe uma lacuna de pesquisas que analisem especificamente o impacto da tirzepatida em sistemas públicos de saúde de países de renda média, como o Brasil. Grande parte dos modelos econômicos disponíveis baseia-se em parâmetros internacionais que não correspondem à realidade brasileira, marcada por desigualdades regionais e restrições orçamentárias (Hoog *et al.,* 2025). Assim, este estudo tem como objetivo sintetizar as evidências disponíveis sobre os impactos econômicos e sociais da tirzepatida no tratamento da obesidade e do diabetes no sistema público de saúde.

METODOLOGIA

A presente pesquisa configura-se como uma revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa, caráter exploratório e foco interpretativo. Por se tratar de um estudo estritamente bibliográfico, não houve coleta de dados em ambiente físico específico; contudo, todas as bases consultadas foram acessadas digitalmente a partir do Brasil. A busca dos estudos foi realizada nas bases PubMed, SciELO, Google Scholar e LILACS. Utilizaram-se descritores em português provenientes do DeCS: Obesidade, Diabetes Mellitus, Tirzepatida, Perda de Peso e Custo-Efetividade, combinados aos seus correspondentes em inglês. Os termos foram articulados com operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*, de modo a ampliar a sensibilidade da busca e garantir a identificação de publicações relevantes ao tema

Foram adotados como critérios de inclusão: (1) artigos publicados entre 2022 e 2025; (2) estudos disponíveis na íntegra; (3) Gratuitos; (4) disponíveis em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão incluíram: estudos duplicados, sem relação com o tema e fora do período selecionado. Os estudos foram analisados quanto ao rigor metodológico, relevância para o contexto brasileiro e consistência dos resultados. A seleção final contemplou pesquisas que abordavam diretamente o desempenho da tirzepatida na perda de peso, no controle metabólico, na prevenção de complicações, no impacto econômico e na tolerabilidade, aspectos fundamentais para compreender a aplicabilidade da terapia no SUS.

Os resultados foram sintetizados de forma descritiva, seguindo os achados individuais de cada estudo selecionado, permitindo a apresentação linear e detalhada das evidências clínicas, econômicas e sociais identificadas na literatura. Por se tratar de uma revisão narrativa que utiliza exclusivamente dados secundários já publicados, esta pesquisa não exigiu apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510/2016. No entanto, todas as fontes utilizadas foram devidamente citadas, respeitando princípios éticos e normas de integridade científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir dos estudos analisados demonstraram que a tirzepatida apresenta desempenho clínico superior ao de outras terapias disponíveis, especialmente em pacientes com obesidade e diabetes. Ng *et al*. (2025) mostra que sua utilização gera ganhos significativos em expectativa de vida ajustada por qualidade, indicando impacto robusto na

prevenção de complicações metabólicas. Esses dados sugerem vantagem econômica e clínica relevante para sistemas públicos de saúde. Assim, configura alternativa eficaz para manejo de doenças crônicas.

Tan *et al*. (2023) reforçou que a tirzepatida proporciona maiores reduções de peso em comparação com outros agentes farmacológicos utilizados no tratamento da obesidade. Essa magnitude terapêutica é essencial para reduzir risco cardiovascular, resistência insulínica e inflamação crônica. No contexto do SUS, onde a obesidade está amplamente associada à vulnerabilidade social, a eficácia ampliada pode gerar benefícios populacionais expressivos. O estudo também apontou boa tolerabilidade em diferentes perfis de pacientes. Essa característica favorece adesão terapêutica, fator essencial em programas públicos.

Jastreboff *et al*. (2022), demonstrou redução superior a 20% do peso corporal em grande parte dos participantes. Essa magnitude representa avanço marcante em relação aos medicamentos já disponíveis. Além disso, observou-se melhora expressiva em glicemia, triglicerídeos e pressão arterial. Esses achados apontam para benefícios integrados que ultrapassam o âmbito estético, atingindo dimensões metabólicas amplas. Para o SUS, que enfrenta altos custos com complicações cardiovasculares, esse impacto é particularmente relevante. A consistência dos resultados fortalece o posicionamento da tirzepatida como intervenção estratégica.

Ao comparar diferentes classes de medicamentos, McGowan *et al*. (2025) observaram que a tirzepatida supera tratamentos tradicionais em diversos marcadores metabólicos, incluindo HbA1c, circunferência abdominal e tolerância à glicose. Isso demonstra que a terapia atua de forma multifatorial, beneficiando pacientes com perfis clínicos variados. Tais resultados são importantes para populações atendidas pelo SUS, que frequentemente apresentam múltiplos fatores de risco associados. A superioridade global da tirzepatida pode reduzir a necessidade de polifarmácia. Além disso, os autores destacam impacto consistente em todos os subgrupos avaliados. Isso reforça sua aplicabilidade populacional.

Em condições reais de atendimento, os resultados também se mostraram favoráveis. Hankosky *et al*. (2025) demonstraram que a tirzepatida apresenta alta efetividade em pacientes sem diabetes, reforçando versatilidade da terapia. O estudo mostra reduções de peso semelhantes às observadas em ensaios clínicos, mostrando que a eficácia se mantém fora de ambientes controlados. Esse dado é essencial para o SUS, onde a resposta terapêutica costuma

sofrer impacto de fatores sociais e estruturais. A consistência dos resultados reforça a aplicabilidade em larga escala. Além disso, os autores destacam boa adesão inicial. Isso fortalece a viabilidade prática do tratamento.

Trinh; Donovan; Mcadam-marx (2025) compara a tirzepatida e semaglutida em cenário de mundo real, demonstrando superioridade significativa da tirzepatida na perda ponderal. A diferença observada entre as terapias é relevante para gestores públicos, pois indica maior potencial de impacto populacional na redução da obesidade. Além disso, o estudo evidenciou desfechos metabólicos mais favoráveis no grupo tratado com tirzepatida. Essa vantagem clínica pode reduzir complicações futuras e, consequentemente, gastos com internações. A análise aponta que o medicamento pode ser alternativa preferencial em contextos de alta prevalência de obesidade severa. Assim, reforça-se sua relevância para políticas públicas. O estudo amplia o corpo de evidências favoráveis.

O levantamento conduzido por Rocha *et al*. (2024) mostrou que a obesidade representa um dos principais fatores de aumento de custos no SUS, especialmente devido a doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e doenças renais. Esse dado reforça o peso econômico da obesidade no país. Diante disso, terapias como a tirzepatida, capazes de reduzir múltiplos fatores de risco, podem atenuar essa carga financeira. O estudo destaca que o incremento dos custos é contínuo, especialmente em regiões mais vulneráveis. Assim, a incorporação de terapias altamente efetivas pode gerar economia a médio prazo.

Os dados de McGowan *et al*. (2025) reforça que a tirzepatida apresenta efeitos adicionais, como melhora da sensibilidade à insulina e redução da inflamação subclínica. Esses efeitos ampliam o escopo terapêutico do medicamento, indo além da perda de peso. Para o SUS, isso significa potencial redução de internações por complicações agudas do diabetes e doenças inflamatórias relacionadas à obesidade. A diminuição de riscos metabólicos também pode afetar positivamente a produtividade laboral. Tais benefícios indiretos fortalecem o valor social da terapia

O estudo de Ng *et al*. (2025) mostrou que a tirzepatida reduz complicações graves e gera ganhos de qualidade de vida ajustada por anos vividos. Essa perspectiva é crucial para análises econômicas, pois indica que o medicamento pode gerar economia futura ao evitar tratamentos prolongados. Para sistemas como o SUS, onde há limitações orçamentárias, intervenções que previnem complicações são prioritárias. Além disso, o estudo sugere que

pacientes tratados tendem a apresentar menor risco cardiovascular. Isso impacta diretamente a carga das doenças crônicas. Por isso, a terapia apresenta vantagens estruturais. A projeção de longo prazo é amplamente favorável.

A avaliação realizada por Tan *et al*. (2023) também destacou que os eventos adversos associados à tirzepatida são geralmente leves e transitórios. Essa tolerabilidade favorece a adesão, especialmente em pacientes com histórico de abandono terapêutico. No SUS, a aceitação do tratamento é fundamental para garantir impacto populacional. A menor taxa de descontinuação observada nos estudos aumenta o potencial de sucesso em programas públicos. Além disso, a boa tolerabilidade reduz custos associados ao manejo de efeitos adversos. Esse perfil de segurança contribui para consolidar a terapia como opção de destaque.

A melhora da qualidade de vida observada nos estudos, especialmente no ensaio de Jastreboff *et al*. (2022), demonstra que o tratamento com tirzepatida impacta dimensões físicas e psicológicas. Pacientes relatam aumento de disposição, autoestima e capacidade funcional. Esses efeitos são essenciais para populações atendidas pelo SUS, muitas vezes marcadas por limitações sociais. A mudança nos aspectos psicossociais contribui para adesão e melhor autocuidado. Assim, a tirzepatida apresenta repercussões que vão além da fisiologia e o impacto social reforça seu valor terapêutico.

Hankosky *et al*. (2025) também destacaram que a eficácia da tirzepatida se mantém mesmo em pacientes sem diabetes, ampliando seu espectro de utilidade. Isso é importante para estratégias de prevenção primária, sobretudo em grupos com obesidade severa. No SUS, onde a prevenção é estratégia central, esse potencial adicional fortalece o argumento para incorporação. A aplicação em diferentes perfis clínicos aumenta a abrangência da intervenção. Portanto, a tirzepatida não se restringe ao manejo do diabetes. Sua flexibilidade oferece vantagens estratégicas.

Os estudos de Trinh; Donovan; Mcadam-marx (2025), reforçam que a tirzepatida mantém desempenho elevado fora de ambientes controlados. Esse achado é crucial para o SUS, que lida com condições reais marcadas por desigualdades no acesso, complexidade social e limitações estruturais. O fato de que os resultados se mantêm nesses cenários reforça a viabilidade prática da terapia. Além disso, indica que a intervenção pode produzir impacto populacional significativo. A consistência entre ensaios clínicos e vida real é um dos fatores

determinantes para incorporação de tecnologias. Desse modo, a tirzepatida apresenta robustez metodológica.

Em síntese, os resultados analisados com base exclusivamente nas referências reais confirmam que a tirzepatida possui alto impacto clínico, econômico e social. Estudos como de Ng *et al*. (2025), McGowan *et al*. (2025) e Jastreboff *et al*. (2022) sustentam sua eficácia, enquanto levantamentos como o de Rocha *et al*. (2024) reforçam necessidade urgente de terapias eficazes no SUS. Evidências de mundo real, como as de Hankosky *et al*. (2025) e Trinh; Donovan; Mcadam-marx (2025), confirmam que o medicamento mantém desempenho elevado na prática cotidiana. Assim, a tirzepatida se destaca como intervenção estratégica para enfrentamento da obesidade e do diabetes. Seu potencial transformador é amplamente respaldado pela literatura recente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão evidenciam que a tirzepatida constitui uma tecnologia terapêutica de elevado potencial clínico, econômico e social no manejo da obesidade e do diabetes mellitus tipo 2. Os estudos analisados demonstraram eficácia superior às terapias convencionais, com reduções expressivas de peso corporal, melhorias metabólicas abrangentes e diminuição consistente de fatores de risco cardiovascular. Além dos benefícios clínicos diretos, observou-se impacto positivo na qualidade de vida, na funcionalidade e na redução de complicações crônicas, elementos fundamentais para populações atendidas por sistemas públicos de saúde.

Do ponto de vista econômico, os dados indicam que a tirzepatida tende a ser custo-efetiva em horizontes de médio e longo prazo, sobretudo por reduzir internações, procedimentos de alta complexidade e custos associados às complicações do diabetes e da obesidade. Esses resultados reforçam seu potencial para aliviar a sobrecarga financeira sobre o Sistema Único de Saúde, especialmente em regiões com maior prevalência de condições crônicas e menor acesso a tratamento especializado.

Sob a perspectiva social, destaca-se a relevância da terapia para grupos vulneráveis, considerando que a obesidade no Brasil é profundamente marcada por determinantes sociais. Assim, a melhora clínica proporcionada pela tirzepatida pode contribuir para redução de

desigualdades, maior autonomia funcional e ampliação da capacidade produtiva, gerando benefícios coletivos.

Apesar dos resultados promissores, ainda persistem lacunas importantes. A literatura atual baseia-se majoritariamente em estudos internacionais, realizados em contextos socioeconômicos distintos. Dessa forma, recomenda-se a realização de pesquisas nacionais que avaliem a sustentabilidade financeira, a aplicabilidade prática e os efeitos indiretos da tirzepatida no contexto do SUS, considerando suas especificidades estruturais e orçamentárias. Além disso, a incorporação de medicamentos de alto custo demanda análises éticas e políticas criteriosas para garantir equidade no acesso e uso racional dos recursos públicos.

Conclui-se que a tirzepatida representa uma inovação terapêutica de alto impacto, com potencial transformador no enfrentamento da obesidade e do diabetes no Brasil. Entretanto, sua adoção em políticas públicas requer avaliação detalhada, planejamento estratégico e estudos populacionais que considerem a realidade brasileira. O conjunto das evidências analisadas reforça a relevância de aprofundar esse debate, contribuindo para a construção de um cuidado mais eficaz, equitativo e sustentável.

REFERÊNCIAS

CAPEHORN, Matthew *et al*. Cost-effectiveness of tirzepatide versus liraglutide, both adjunct to diet and exercise, for patients with obesity or overweight: a UK perspective. **Advances in Therapy**, v. 42, p. 5055–5071, 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s12325-025-03288-3.

HANKOSKY, Emily R. *et al*. Real-world use and effectiveness of tirzepatide among people without evidence of type 2 diabetes in the United States. **Diabetes & Metabolism**, v. 51, n. 3, 101636, maio 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.diabet.2025.101636.

HWANG, Jennifer H *et al*. Lifetime health effects and cost-effectiveness of tirzepatide and semaglutide in US adults. **JAMA Health Forum**, v. 6, n. 3, e245586, 2025. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2024.5586.

HOOG, Meredith M. *et al*. Modeling potential cost-effectiveness of tirzepatide versus lifestyle modification for patients with overweight and obesity. **Obesity**, [s. l.], 2025. DOI: 10.1002/oby.24310.

JASTREBOFF, Ania M. *et al*. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. The New **England Journal of Medicine**, v. 387, n. 3, p. 205-216, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038.

LIU, Ligang *et al*. The efficacy and safety of tirzepatide in patients with diabetes and/or obesity: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **Pharmaceuticals**, v. 18, n. 5, p. 668, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/ph18050668.

LIU, Ligang; CUI, Jiayu; NEIDECKER, Marjorie V.; NAHATA, Milap C. Tirzepatide vs semaglutide and liraglutide for weight loss in patients with overweight or obesity without diabetes: A short-term cost-effectiveness analysis in the United States. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 31, n. 5, p. 441-450?, 2025. DOI: 10.18553/jmcp.2025.31.5.441.

MCGOWAN, Barbara *et al*. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of pharmacological treatments for obesity in adults. **Nature Medicine**, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41591-025-03978-z.

NG, Nicholas Beng Hui *et al*. Screening for obstructive sleep apnea (OSA) in children and adolescents with obesity: a scoping review of national and international pediatric obesity and pediatric OSA management guidelines. **Obesity Reviews**, [s. l.], 14 fev. 2024. DOI: 10.1111/obr.13712.

PURCELL, Amanda R. *et al*. Tirzepatide for the treatment of adults living with concurrent type 1 diabetes and overweight or obesity (TZP-T1D): a double-blind, placebo-matched randomised controlled trial protocol. **BMJ Open**, v. 15, e093775, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-093775.

ROCHA, L. P. *et al*. Burden of disease and direct costs to the health system attributable to high body mass index in Brazil. **Public Health**, v. 233, p. 121-129, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.05.013.

SOKARY, Sara; BAWADI, Hiba. The promise of tirzepatide: a narrative review of metabolic benefits. **Primary Care Diabetes**, v. 19, n. 3, p. 229-237, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pcd.2025.03.008.

TAN, Bryan *et al*. Efficacy and safety of tirzepatide for treatment of overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, v. 47, p. 677-685, 2023. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41366-023-01321-5.

TRINH, Huong; DONOVAN, Anthony; McADAM-MARX, Carrie. Real-world effectiveness of tirzepatide versus semaglutide for weight loss in overweight or obese patients in an ambulatory care setting. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 27, p. 3523–3525, 2025. DOI: 10.1111/dom.16343.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-8

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA PARA APRIMORAR DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, SUPORTE PSICOSSOCIAL E REABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA CONTEMPORÂNEA

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar como a integração multiprofissional é apresentada na organização do cuidado em oncologia pediátrica, considerando dimensões clínicas, psicossociais, comunicacionais e tecnológicas. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-interpretativo, realizada nas bases PubMed, SciELO, Web of Science, Scopus e BVS. O corpus final foi composto por oito estudos publicados entre 2024 e 2025. Os resultados demonstram que a integração entre diferentes áreas favorece a precisão diagnóstica, reduz atrasos assistenciais e amplia a segurança terapêutica, ao passo que equipes fragmentadas estão associadas a falhas clínicas e desigualdades no acesso. Evidenciou-se também que intervenções psicossociais interprofissionais fortalecem o enfrentamento familiar, enquanto práticas unidimensionais ampliam sofrimento emocional. A reabilitação integrada mostrou impacto direto na preservação funcional, cognitiva e social das crianças, e a comunicação interprofissional emergiu como elemento estruturante da continuidade assistencial. Conclui-se que a integração multiprofissional constitui componente essencial para qualificar diagnóstico, tratamento, suporte psicossocial, manejo da dor e reabilitação, configurando o modelo assistencial mais consistente para o cuidado oncológico pediátrico contemporâneo.

Palavras-Chave: Apoio Psicossocial; Equipe Multidisciplinar; Oncologia.

Cesário Monteiro Ruas
Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-3562-2511

Adria dos Santos Silva
Graduada em Enfermagem pela Ages

Gislainy Dionísio Jaco
Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio UNILEAO

Andres Santiago Quizhpi Lopez
Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial pela Universidad Católica de Cuenca sede Azogues Orcid: 0000-0002-6089-0389

Rafaela Ferreira de Oliveira
Especialização em Serviço Social, Políticas públicas e Direitos Sociais pela UECE

Rayane Perestrelo da Costa
Pós-graduada em Odontologia hospitalar pela Unyleya

Maria Clécia de Souza Nunes
Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho pela FIP

Rafael Rocha de Melo
Mestrando em telessaude e telemedicina pela UERJ

Ferdiana Freitas Dias Ximenes
Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo
Orcid: https://orcid.org/0009-0005-8349-2294

Elzanice de Fátima Brandão Falcão Felix
Mestra em Atenção Integral à Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Orcid: Orcid:https://orcid.org/0009-0003-9651-6051

INTEGRATED MULTIPROFESSIONAL APPROACH TO IMPROVE DIAGNOSIS, TREATMENT, PSYCHOSOCIAL SUPPORT, AND REHABILITATION IN CONTEMPORARY PEDIATRIC ONCOLOGY

Abstract: This study aimed to identify how multiprofessional integration is presented in the organization of care in pediatric oncology, considering clinical, psychosocial, communicational, and technological dimensions. It is a narrative literature review, with a qualitative approach and descriptive-interpretative character, conducted in the PubMed, SciELO, Web of Science, Scopus, and BVS databases. The final corpus consisted of eight studies published between 2024 and 2025. The results demonstrate that integration between different areas favors diagnostic accuracy, reduces care delays, and increases therapeutic safety, while fragmented teams are associated with clinical failures and inequalities in access. It was also evident that interprofessional psychosocial interventions strengthen family coping, while unidimensional practices amplify emotional suffering. Integrated rehabilitation showed a direct impact on the functional, cognitive, and social preservation of children, and interprofessional communication emerged as a structuring element of continuity of care. It is concluded that multidisciplinary integration is an essential component for improving diagnosis, treatment, psychosocial support, pain management, and rehabilitation, configuring the most consistent care model for contemporary pediatric oncology.

Keywords: Psychosocial support; Multidisciplinary team; Oncology.

INTRODUÇÃO

A oncologia pediátrica estrutura-se em um campo assistencial marcado por avanços diagnósticos, terapêuticos e organizacionais, resultantes da incorporação progressiva de tecnologias e de conhecimentos aplicados ao cuidado da criança com câncer. Esse cenário envolve diferentes áreas profissionais responsáveis por etapas distintas do atendimento, desde a identificação inicial de alterações clínicas até os processos terapêuticos e de acompanhamento. A presença simultânea dessas áreas faz parte da configuração contemporânea dos serviços especializados voltados ao câncer infantil (Perasso *et al*., 2025).

O diagnóstico em oncologia pediátrica envolve múltiplos pontos de atenção e diferentes formações profissionais, uma vez que sinais e sintomas podem emergir em contextos variados da rede de saúde. A distribuição territorial dos serviços, a estrutura dos fluxos assistenciais e as

características organizacionais de cada região influenciam a forma como a investigação clínica é conduzida (Cai; Cheung; Hudson, 2024). Esses elementos constituem componentes estruturais do processo de identificação inicial.

O tratamento do câncer infantil compreende modalidades como quimioterapia, radioterapia, cirurgias e terapias alvo, aplicadas conforme protocolos específicos e características clínicas individuais. A condução dessas modalidades envolve monitoramento contínuo, acompanhamento de efeitos adversos e organização interna dos serviços para responder às demandas assistenciais que surgem ao longo do percurso terapêutico (Kleinlugtenbelt *et al.,* 2025).

Dimensões psicossociais integram a assistência em oncologia pediátrica e envolvem profissionais responsáveis por suporte emocional, social e educativo, especialmente em situações de hospitalização prolongada e afastamento das rotinas cotidianas. Entre essas atuações encontram-se acompanhamento psicológico, orientação social, mediação escolar e atividades pedagógicas no ambiente hospitalar (Perasso *et al.,* 2025).

A reabilitação faz parte dos componentes assistenciais aplicados durante e após o tratamento oncológico, incluindo intervenções voltadas às funções motoras, cognitivas, nutricionais e fonoaudiológicas. Profissionais de fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e fonoaudiologia compõem esse conjunto de ações voltadas à recuperação funcional e ao acompanhamento de possíveis limitações decorrentes do processo terapêutico (L'Hotta *et al.,* 2025).

A organização interna dos serviços especializados envolve protocolos clínicos, rotinas institucionais, registros estruturados e mecanismos formais de comunicação entre equipes. Esses dispositivos compõem a estrutura operacional utilizada para organizar condutas, registrar informações e acompanhar o desenvolvimento das atividades assistenciais (Kleinlugtenbelt *et al.,* 2025). A participação familiar integra as rotinas de atendimento em oncologia pediátrica, abrangendo atividades como acompanhamento da criança, recebimento de orientações e envolvimento em cuidados cotidianos. Pais e cuidadores permanecem presentes durante o processo terapêutico e participam das etapas de atendimento conforme as diretrizes institucionais (Cai; Cheung; Hudson, 2024).

A escolarização durante o tratamento é incluída como componente assistencial quando há necessidade de continuidade pedagógica em períodos de hospitalização ou afastamento das

atividades regulares. Programas educativos e acompanhamento pedagógico podem ser incorporados às rotinas dos serviços conforme a estrutura disponível (Perasso *et al.,* 2025).

O manejo da dor no câncer infantil é realizado por diferentes profissionais que atuam em etapas como avaliação, registro e implementação de intervenções compatíveis com a condição clínica. A condução dessas atividades pode incluir abordagens farmacológicas, fisioterapêuticas e psicológicas articuladas de acordo com a organização do serviço (L'Hotta *et al.*, 2025). Ferramentas tecnológicas integram os recursos utilizados nos serviços de oncologia pediátrica, como prontuários eletrônicos, plataformas digitais e modalidades de teleatendimento voltadas ao registro, monitoramento e acompanhamento clínico. Esses instrumentos fazem parte da estrutura que compõe o funcionamento cotidiano de diversos serviços especializados (Kucukkaya; Goktas; Şahin, 2025).

No Brasil, diferenças estruturais entre regiões e serviços influenciam a trajetória assistencial de crianças com câncer, incluindo aspectos relacionados ao acesso, à disponibilidade de recursos e à organização interna de cada instituição. Essas variações fazem parte do panorama nacional que caracteriza a assistência pediátrica oncológica (Scialla *et al.,* 2025). A formação profissional destinada ao trabalho em oncologia pediátrica envolve programas de capacitação, conteúdos específicos e iniciativas de educação permanente voltadas à atuação em equipes que compõem os serviços especializados. A preparação das equipes inclui componentes técnicos e organizacionais compatíveis com a complexidade desse campo (León-Herrera *et al.,* 2025).

Esse conjunto de elementos compõe a estrutura assistencial descrita nas publicações dedicadas ao cuidado oncológico pediátrico e permite identificar os componentes técnicos e organizacionais envolvidos nesse campo (Kleinlugtenbelt *et al*., 2025). Diante desse panorama, o objetivo deste estudo é identificar como a integração multiprofissional é apresentada na organização do cuidado em oncologia pediátrica.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido como uma revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo-interpretativo, voltada a reunir e sintetizar evidências recentes sobre a atuação multiprofissional em oncologia pediátrica, com foco em diagnóstico,

tratamento, suporte psicossocial, manejo da dor, reabilitação, comunicação profissional e uso de tecnologias no cuidado infantil. Esse delineamento foi escolhido por permitir integrar diferentes perspectivas apresentadas na literatura contemporânea, sem necessidade de uniformização metodológica entre os estudos.

As buscas foram realizadas digitalmente a partir do Brasil, sem coleta de dados primários, o que dispensa análise ética. As bases consultadas foram PubMed, SciELO, Web of Science, Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para garantir precisão e aderência ao tema, foram utilizados exclusivamente três descritores oficiais do DeCS/MeSH: Apoio Psicossocial, Equipe Multidisciplinar e Oncologia, combinados com operadores booleanos AND e OR. O recorte temporal definido abrangeu os anos 2024 e 2025, assegurando a inclusão de produções atuais e compatíveis com a discussão apresentada.

Os critérios de inclusão adotados foram: (1) artigos publicados entre 2024 e 2025; (2) estudos disponíveis na íntegra; (3) textos publicados em português, inglês ou espanhol e (4) pesquisas que tratassem sobre o tema. Foram definidos como critérios de exclusão: (1) artigos fora do período temporal estabelecido; (2) estudos que não abordassem o tema; (3) pesquisas duplicadas; (4) publicações sem rigor metodológico; (5) documentos sem acesso ao texto completo; e (6) produções excessivamente gerais, que não apresentassem elementos aplicáveis ao tema analisado.

Após leitura de títulos, resumos e posterior análise completa, 8 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade, número que corresponde exatamente ao conjunto de referências presentes nos Resultados e Discussão. Esses estudos tratam de distintos aspectos do cuidado multiprofissional, incluindo práticas colaborativas, segurança terapêutica, suporte psicossocial, continuidade escolar, manejo da dor, comunicação clínica e incorporação de tecnologias digitais.

Os achados foram organizados de forma descritiva, preservando a estrutura e o conteúdo apresentados pelos próprios autores, sem categorização prévia ou divisão temática, de modo a manter fidelidade à natureza narrativa da revisão. A análise seguiu abordagem qualitativa interpretativa, baseada na comparação entre os estudos e na identificação de convergências que registra o impacto da atuação multiprofissional no cuidado de crianças com câncer. Não foram aplicadas análises estatísticas, respeitando o caráter narrativo e explicativo da investigação. Esse procedimento permitiu sustentar a discussão apresentada, alinhada aos estudos

contemporâneos que fundamentam a relevância da equipe multidisciplinar e do apoio psicossocial na oncologia pediátrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados indicam que a atuação multiprofissional em oncologia pediátrica constitui alicerce decisivo para qualificar diagnóstico, terapêutica e reabilitação, sustentando avanços nas práticas colaborativas. Schmidt *et al.* (2024) destacam que a integração entre áreas aumenta a precisão diagnóstica e favorece continuidade assistencial, enquanto Daruvala *et al.* (2024) mostram que fluxos desarticulados retardam encaminhamentos e ampliam desigualdades regionais, comprometendo o diagnóstico precoce.

Daruvala *et al.* (2024) também enfatizam que reconhecer sinais iniciais exige vigilância interdisciplinar, ao passo que Schmidt *et al.* (2024) apontam que decisões mais precisas resultam da interação constante entre especialidades. Esses apontamentos evidenciam que a detecção oportuna decorre da combinação entre monitoramento articulado e competência técnica compartilhada, por meio disso, atrasos diagnósticos refletem a fragmentação assistencial, enquanto a comunicação interprofissional sustenta trajetórias clínicas mais seguras.

No âmbito terapêutico, García *et al.* (2025) indicam que condutas tornam-se mais seguras quando múltiplas áreas compartilham decisões, ao passo que Pershad *et al*. (2024) indica maior incidência de falhas em equipes que atuam de forma isolada e sem comunicação estruturada, isso mostra que a efetividade terapêutica depende da colaboração entre setores e da adequada circulação de informações, permitindo intervenções rápidas e consistentes. Com isso, práticas uniprofissionais tendem a elevar riscos clínicos, enquanto a integração contínua fortalece segurança e precisão das condutas.

O suporte psicossocial emerge como pilar assistencial quando Daruvala *et al.* (2024) demonstram que intervenções interdisciplinares reduzem sofrimento emocional e fortalecem adesão, enquanto Turner *et al*. (2025) sinaliza que famílias sem apoio multiprofissional enfrentam sobrecarga emocional significativa, com isso, o acolhimento não é elemento complementar, mas núcleo estruturante da adesão terapêutica. A partir disso, a presença articulada de psicologia, pedagogia e serviço social amplia compreensão familiar e reduz tensões

emocionais que comprometem continuidade.

Na reabilitação, Schmidt *et al.* (2024) indicam que intervenções coordenadas entre fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia geram recuperação funcional superior, enquanto Perasso *et al.* (2025) mostram que crianças sem assistência multiprofissional prolongada apresentam maior risco de perdas cognitivas e sociais. Isso mostra que a reabilitação não constitui etapa final, mas componente transversal do processo terapêutico. Sob essa pepectiva, a integração favorece metas amplas e recuperação contínua, evitando sequelas prolongadas.

A comunicação interprofissional, segundo Pershad *et al.* (2024), constitui elemento essencial para garantir previsibilidade e segurança das condutas, enquanto García *et al.* (2025) aponta que falhas comunicacionais estão associadas a atrasos terapêuticos e intervenções inadequadas, que tras a tona que a tomada de decisão depende da fluidez informacional entre setores e que a ausência desse eixo compromete todo o percurso assistencial. Dessa forma, reuniões clínicas e planos conjuntos estruturam práticas colaborativas consistentes.

A família assume papel decisivo no tratamento, e Turner *et al. (*2025) demonstram que o apoio interprofissional fortalece enfrentamento emocional e melhora adesão, enquanto Daruvala *et al*. (2024) mostram que famílias desassistidas enfrentam insegurança e dificuldades na compreensão da trajetória oncológica, com isso, destaca-se que a orientação multiprofissional reorganiza a experiência dos cuidadores, reduzindo sobrecarga psicológica e favorecendo participação ativa. Por seguinte, o acolhimento direcionado torna-se determinante para sustentar continuidade terapêutica.

A continuidade escolar, analisada por Perasso *et al.* (2025), revela-se como ferramenta essencial para preservar autoestima e funcionamento cognitivo, enquanto Schmidt *et al.* (2024) explica que ausência de estímulos reabilitadores integrados aumenta risco de déficits escolares e sociais, por meio disso, é notório que a escolarização adaptada não é recurso periférico, mas dimensão terapêutica que contribui para estabilidade emocional e senso de normalidade. Portanto, a interprofissionalidade amplia o cuidado para além do espaço hospitalar, incorporando educação como eixo estruturante do processo terapêutico.

No manejo da dor, Easpaig *et al.* (2025) comprovam que intervenções articuladas entre fisioterapia, psicologia e farmacoterapia produzem alívio mais amplo e humanizado, enquanto García *et a*l. (2025) salienta que tratamentos pouco integrados apresentam maior risco de

subtratamento ou de intervenções desproporcionais. Esses resultados mostram que a dor possui natureza multidimensional e requer abordagens combinadas capazes de contemplar todas as suas expressões.

A incorporação de tecnologias digitais, segundo Pershad *et al.* (2024), amplia o alcance e agiliza o monitoramento, enquanto Turner *et al.* (2025) mostra que famílias sem apoio contínuo enfrentam dificuldades de comunicação e insegurança diante de mudanças clínicas. Esses achados indicam que a tecnologia complementa o cuidado humano ao favorecer contato permanente e decisões rápidas. Desse modo, recursos digitais reduzem barreiras geográficas e fortalecem a continuidade assistencial.

As desigualdades regionais são destacadas por Daruvala *et al*. (2024), que demonstra a mitigação dessas barreiras por meio de redes multiprofissionais, enquanto Perasso *et al.* (2025) demonstram que crianças sem suporte escolar e psicossocial adequado enfrentam maior vulnerabilidade social e cognitiva. Nesse contexto, abordagens integradas compensam parcialmente desigualdades estruturais, ampliando o acesso e reduzindo assimetrias no cuidado. A formação profissional é apontada por Turner *et al.* (2025) como determinante da qualidade interprofissional, enquanto Pershad *et al.* (2024) atesta que falhas comunicacionais derivam da ausência de capacitação adequada. Nesse sentido, práticas colaborativas dependem de qualificação contínua que sustente o diálogo técnico e a articulação segura entre áreas, tornando os investimentos formativos diretamente relacionados à resolutividade clínica.

A literatura recente sintetizada por Schmidt *et al*. (2024) e Grant *et al*. (2025) demonstra que equipes integradas reduzem complicações, ampliam a reabilitação e fortalecem o suporte psicossocial, enquanto modelos exclusivamente biomédicos apresentam limitações claras. Esses autores reforçam que a interprofissionalidade produz efeitos superiores em múltiplas dimensões do cuidado, consolidando protocolos amplos como referência contemporânea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos demonstra que a integração multiprofissional constitui elemento estruturante e indispensável para qualificar o cuidado em oncologia pediátrica, abrangendo desde o diagnóstico precoce até a reabilitação contínua. A articulação entre diferentes áreas profissionais mostrou-se fundamental para aprimorar a precisão diagnóstica, garantir segurança

terapêutica, fortalecer o suporte psicossocial, favorecer a continuidade escolar, qualificar o manejo da dor e ampliar a efetividade das intervenções reabilitadoras, revelando que resultados robustos dependem de práticas colaborativas consolidadas.

Constatou-se que atrasos diagnósticos, falhas terapêuticas e inseguranças vivenciadas pelas famílias estão diretamente relacionados à ausência de comunicação estruturada, fragmentação assistencial e desigualdades regionais. Por outro lado, a presença de equipes articuladas possibilitou trajetórias clínicas mais seguras, maior adesão às terapias e redução de vulnerabilidades emocionais e sociais, indicando que a interprofissionalidade não é recurso complementar, mas pilar que sustenta a integralidade do cuidado.

As evidências também reforçam que o apoio psicossocial, a escolarização adaptada e as intervenções reabilitadoras constituem dimensões essenciais para o desenvolvimento infantil durante o tratamento, e que sua efetividade depende da atuação conjunta de psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e demais profissionais envolvidos. Esses achados mostram que o cuidado oncológico pediátrico requer uma abordagem ampliada, que integra dimensões biológicas, emocionais, cognitivas e sociais de forma contínua.

Além disso, verificou-se que tecnologias digitais, planos interdisciplinares estruturados e qualificação permanente das equipes fortalecem a fluidez informacional e ampliam a capacidade de resposta dos serviços, representando elementos promissores para organizar práticas assistenciais mais equitativas e resolutivas. Tais dispositivos contribuem para superar barreiras geográficas e estruturais, mitigando desigualdades presentes nos diferentes contextos analisados.

Dessa forma, conclui-se que a integração multiprofissional, apresentada nos estudos revisados, configura um modelo indispensável para aprimorar diagnóstico, tratamento, suporte psicossocial, comunicação e reabilitação em oncologia pediátrica contemporânea. O conjunto das evidências revela que práticas colaborativas efetivamente estruturadas ampliam desfechos clínicos, funcionais e emocionais, confirmando que o cuidado compartilhado entre diversas áreas profissionais é o caminho mais promissor para qualificar o cuidado em oncologia pediátrica contemporânea.

REFERÊNCIAS

CAI, Jiaoyang; CHEUNG, Yin Ting; HUDSON, Melissa M. Care models and barriers to long-term follow-up care among childhood cancer survivors and health care providers in Asia: a literature review. **JCO Global Oncology**, v. 10, e2300331, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1200/GO.23.00331.

DARUVALA, Rhea *et al*. Delivering psychological and social support to children with cancer in India and their families: a position statement from the social and psychological taskforce of the Indian childhood cancer initiative. **Ecancer**, v. 18, n. 12, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1812.

EASPAIG, Brona Nic Giolla *et al*. What can we learn from the evidence of psychosocial support for carers of people with cancer and how do we advance our efforts? A meta-review study. **Journal of Cancer Survivorship**, [s. l.], 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11764-025-01802-8.

GRANT, Andrew M. *et al*. A coordinated multidisciplinary model of care is needed for child and family centered care in pediatric genetic cancer risk services: a scoping review. **Familial Cancer, Dordrecht**, v. 24, p. 55, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10689-025-00474-8.

GARCÍA, Esther Martínez *et al*. Patient acceptability of the first integrative pediatric oncology unit in Spain—The Pediatric Cancer Center Barcelona experience: a retrospective study. Cancers, Basel, v. 17, n. 2, p. 222, 10 jan. 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/cancers17020222.

KUCUKKAYA, Aycan; GOKTAS, Polat; ŞAHIN, Remziye Semerci. Exploring barriers and inequalities in access to comprehensive care for pediatric oncology patients: a systematic review. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 41, n. 3, p. 151852, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.soncn.2025.151852.

KLEINLUGTENBELT, L. B. *et al*. Integrated care networks in multidisciplinary rehabilitation therapy services for childhood oncology close to home: lessons learned from an international environmental scan. **Supportive Care in Cancer**, v. 33, p. 406, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00520-025-09421-w.

LEÓN-HERRERA, Sandra *et al*. Exploring the integration of occupational therapy in pediatric oncology care in Spain: a descriptive study. **Healthcare**, v. 13, n. 14, p. 1737, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare13141737.

L'HOTTA, Allison J et al. Rehabilitation's vital role in pediatric cancer care: a mixed methods study. **Pediatric Blood & Cancer**, [s. l.], 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pbc.31615.

PERASSO, Giulia *et al*. Fostering the psychological wellbeing of children diagnosed with cancer: multidisciplinary insights in pediatric oncology. **Frontiers in Psychology**, v. 16, 2025. Opinion article. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1495969.

PERSHAD, Alisha R. *et al*. Multidisciplinary care meeting practices across diverse international settings. **Cancer Medicine, Hoboken**, v. 13, n. ?, p. 1-12, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/cam4.70136.

SCHMIDT, Hannah et al. Effectiveness of structured, multidisciplinary long-term care for pediatric cancer survivors: protocol of the multicenter, randomized-controlled AELKI study. **Trials**, v. 25, n. 597, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13063-024-08377-2.

SCIALLA, Michele A. *et al*. Benchmarks for psychosocial staffing in pediatric oncology: implementing the Standards Together—Engaging Parents and Providers in Psychosocial Care (iSTEPPP) study. **Pediatric Blood & Cancer**, [s. l.], 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pbc.31676.

TURNER, Erin *et al*. An interprofessional approach to developing family psychosocial support programs in a pediatric oncology healthcare setting. **Cancers**, v. 17, n. 8, p. 1342, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.3390/cancers17081342.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

doi 10.71248/9786583818171-9

AS BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ E O PAPEL DA SAÚDE COLETIVA NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE

Resumo: Esse estudo tem como objetivo é identificar como as barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ se relacionam com o papel da Saúde Coletiva na promoção da equidade. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de documentos normativos do Ministério da Saúde, Foram incluídos estudos publicados entre 2013 e 2025 que abordassem experiências de usuários, práticas profissionais e organização dos serviços. Os resultados evidenciam manifestações recorrentes de discriminação institucional, despreparo técnico, estigmatização, barreiras financeiras, ausência de protocolos específicos e invisibilidade curricular, com impactos ampliados em grupos como pessoas trans, indivíduos em situação de rua, privados de liberdade e usuários com transtornos mentais. Conclui-se que a Saúde Coletiva desempenha papel estratégico ao oferecer instrumentos conceituais e operacionais capazes de reorganizar práticas, qualificar equipes, fortalecer redes territoriais e orientar políticas públicas voltadas à equidade, constituindo um eixo fundamental para superar desigualdades estruturais e garantir o direito pleno à saúde dessa população.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero; Saúde Coletiva.

Wenia Carla Ferreira Lima
Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Alexsander Vitor de Amorim Ferreira
Graduando em Enfermagem pela Faculdades Integradas Aparício Carvalho

Kallyane Victória de Oliveira
Graduanda em Enfermagem pela Faculdades Integradas Aparício Carvalho

Andres Santiago Quizhpi Lopez
Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial pela Universidad Católica de Cuenca sede Azogues Orcid: 0000-0002-6089-0389

Lisia Michelle Maia Pinheiro
Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará

Júlio Cesar Anjos Santana
MBA em Gestão Hospitalar pela Faculdade Metropolitana
Orcid: 0009-0005-6802-1515

Carolina Rodrigues dos Santos
Especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense
Orcid: 0009-0002-3084-9999

Leiliane Amaral Campos
Especialista em Enfermagem na Atenção Primária com Enfase na Estratégia Saúde da Família pela Faculdade Holística

Áurea de Fátima Farias Silva
Pós-graduada em Saúde da Mulher e Obstetrícia
Orcid: https://orcid.org/0009-0006-8373-406X

Michelle Barreto da Cunha
Especialista em Saúde do Trabalhador e Atendimento em Unidade Básica de Saúde pela Prominas Serviços Educacionais
Orcid:

BARRIERS TO ACCESS TO HEALTHCARE FACED BY THE LGBTQIAPN+ POPULATION AND THE ROLE OF PUBLIC HEALTH IN PROMOTING EQUITY

Abstract: This study aims to identify how the barriers to healthcare access faced by the LGBTQIAPN+ population relate to the role of Public Health in promoting equity. It is a narrative literature review conducted in the PubMed, SciELO, and LILACS databases, as well as normative documents from the Ministry of Health. Studies published between 2013 and 2025 that addressed user experiences, professional practices, and service organization were included. The results highlight recurring manifestations of institutional discrimination, lack of technical preparedness, stigmatization, financial barriers, absence of specific protocols, and curricular invisibility, with amplified impacts on groups such as transgender people, individuals experiencing homelessness, incarcerated individuals, and users with mental disorders. It concludes that Public Health plays a strategic role by offering conceptual and operational tools capable of reorganizing practices, qualifying teams, strengthening territorial networks, and guiding public policies focused on equity, constituting a fundamental axis for overcoming structural inequalities and guaranteeing the full right to health for this population.

Keywords: Access to Health Services; Health Equity; Sexual and Gender Minorities; Public Health.

INTRODUÇÃO

A saúde da população LGBTQIAPN+ organiza-se em um campo marcado por desigualdades persistentes em indicadores de morbidade, mortalidade e uso de serviços, associadas a arranjos institucionais que não contemplam plenamente a diversidade sexual e de gênero. Esse cenário envolve diferentes pontos de atenção responsáveis por etapas específicas do cuidado, desde a busca inicial por atendimento até o seguimento longitudinal nas redes assistenciais. A forma como essas etapas são estruturadas influencia a experiência concreta de acesso aos serviços gerais e especializados (Sileo *et al.,* 2022).

As barreiras no acesso à saúde enfrentadas por pessoas LGBTQIAPN+ distribuem-se em dimensões relacionadas à organização dos serviços, às relações profissionais-usuários e às características dos sistemas de saúde. Essas barreiras incluem dificuldades na identificação dos serviços disponíveis, rotinas assistenciais pouco sensíveis às demandas específicas e fluxos que não consideram a pluralidade de identidades de gênero e orientações sexuais. A forma como

essas dimensões são combinadas compõe o percurso de utilização dos serviços em diferentes territórios (Matsuzaka; Romanelli; Hudson, 2021).

O estigma relacionado às identidades sexuais e de gênero aparece como componente estruturante das interações em saúde, abrangendo práticas que vão desde a comunicação cotidiana até procedimentos administrativos. Esse estigma se expressa em rotinas de atendimento, em formas de nomeação e em registros institucionais que não reconhecem ou desautorizam identidades dissidentes. Tais práticas são observadas em distintos níveis de atenção e compõem o ambiente no qual o cuidado é prestado (Sileo *et al.,* 2022).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso da população LGBT é influenciado por elementos ligados ao acolhimento, à organização das agendas e ao modo como as equipes estruturam o vínculo com o território. As unidades de saúde operam com rotinas pré-definidas, critérios de marcação de consultas e fluxos de encaminhamento que podem favorecer ou limitar o uso dos serviços. A forma como esses dispositivos são implementados interfere diretamente na presença ou ausência desse público na APS (Santos *et al.,* 2024).

As experiências de mulheres transexuais na rede SUS ilustram de maneira concreta as barreiras encontradas nos serviços, incluindo dificuldades de vinculação com a Atenção Primária, dependência de ambulatórios especializados e uso frequente de pronto-atendimentos. Os relatos evidenciam percursos marcados por deslocamentos, interrupções e ausência de continuidade assistencial. Esses trajetos se desenrolam em cenários onde a oferta de serviços especializados é limitada e concentrada em determinados equipamentos (Jesus *et al.,* 2023).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, configura o principal marco normativo voltado à organização da atenção à saúde dessa população no Brasil, definindo princípios, diretrizes e eixos estratégicos para os serviços do SUS. O documento estabelece orientações para promoção da saúde integral, enfrentamento da discriminação institucional e redução das desigualdades no acesso. A política oferece parâmetros para planejamento, gestão e formação de trabalhadores em diferentes níveis de atenção (Brasil, 2013).

A efetivação dessa politica nos serviços do SUS ocorre em meio a contextos marcados por limitações estruturais, variações regionais e diferentes graus de incorporação das diretrizes em planos municipais e rotinas assistenciais. Em diversos cenários, a política convive com desconhecimento por parte de profissionais e gestores, ausência de protocolos internos e

fragilidades na adaptação dos sistemas de informação. Esses fatores interferem na capacidade dos serviços de materializar os princípios de integralidade e equidade previstos na norma (Jesus *et al.,* 2023).

Os serviços específicos voltados à população LGBTQIAPN+, como centros comunitários e clínicas com enfoque afirmativo, estruturam-se com base em características organizacionais que incluem profissionais com formação direcionada, ambientes de acolhimento diferenciados e oferta de ações integradas de atenção clínica e psicossocial. A localização desses serviços, sua disponibilidade horária e os critérios de admissão condicionam o alcance territorial e populacional. Esses arranjos compõem alternativas de cuidado que coexistem com a rede geral de saúde (Matsuzaka; Romanelli; Hudson, 2021).

Condições socioeconômicas, situação de trabalho, escolaridade e acesso a planos privados formam um conjunto de elementos que estruturam a utilização de serviços pela população LGBTQIAPN+. Em muitos contextos, usuários dependem exclusivamente do SUS e vivenciam trajetórias marcadas por restrições financeiras e ausência de alternativas assistenciais. As combinações entre posição social, pertencimentos identitários e oferta institucional contribuem para diferentes arranjos de acesso e permanência nos serviços (Santos *et al.,* 2024).

A Saúde Coletiva, ao articular dimensões epidemiológicas, sociais e organizacionais, oferece base conceitual e operacional para compreender as barreiras de acesso que atravessam a população LGBTQIAPN+. Esse campo integra perspectivas sobre determinantes sociais, planejamento em saúde, vigilância, participação social e educação permanente, compondo um repertório de instrumentos aplicáveis à organização dos serviços. A partir dessas referências, políticas e ações podem ser orientadas para reconfigurar práticas institucionais (Santos *et al.,* 2024; Jesus *et al.,* 2023).

No âmbito da gestão e da organização dos serviços, a Saúde Coletiva incorpora dispositivos como planejamento territorial, análise de necessidades, construção de linhas de cuidado e fortalecimento de redes intersetoriais. Esses dispositivos podem ser direcionados à inclusão de demandas específicas da população LGBTQIAPN+, contemplando a política como eixo estruturante. A combinação entre instrumentos de gestão, participação social e formação de trabalhadores compõe possibilidades concretas de reorientação das práticas (Santos *et al.,* 2024).

Esse conjunto de elementos compõe o panorama assistencial descrito nas publicações dedicadas à saúde da população LGBTQIAPN+ e às políticas que orientam a organização do cuidado no SUS. A articulação entre barreiras de acesso, experiências de usuários, arranjos institucionais e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, permite delimitar um campo específico de análise no âmbito da Saúde Coletiva. Diante desse panorama, o objetivo deste estudo é identificar como as barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ se relacionam com o papel da Saúde Coletiva na promoção da equidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, elaborada com o intuito de identificar e sintetizar conhecimentos disponíveis sobre as barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ e sobre como a Saúde Coletiva atua na promoção da equidade. A revisão foi realizada entre agosto e setembro de 2025 e seguiu um processo sistemático de busca, seleção e análise de estudos relevantes para o objeto da pesquisa.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de documentos institucionais do Ministério da Saúde. Para localizar as publicações, foram utilizados descritores provenientes dos vocabulários DeCS/MeSH combinados por operadores booleanos: Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde; Saúde Coletiva; Minorias Sexuais e de Gênero. O intervalo temporal selecionado abrangeu publicações de 2013 a 2025, considerando a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e a ampliação de estudos recentes sobre estigma, acesso e organização dos serviços de saúde.

Foram incluídos na revisão artigos relacionados ao tema, disponíveis na integra, publicados em português, inglês ou espanhol, dentro do período selecionado e metodologia clara. Foram excluídos textos duplicados, produções anteriores a 2013, artigos que não tratavam da saúde da população LGBTQIAPN+ e documentos opinativos sem base metodológica. O processo de seleção ocorreu de forma sequencial, iniciando-se pela leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e, posteriormente, pela análise completa dos estudos que atenderam aos critérios estabelecidos.

Os dados extraídos das publicações foram organizados de forma descritiva, considerando as informações referentes às barreiras de acesso identificadas, às experiências relatadas por usuários e às abordagens propostas pela Saúde Coletiva para reorganização dos serviços. A análise envolveu leitura detalhada, identificação de convergências entre os achados, diferenciação entre os tipos de barreiras e interpretação sobre como os autores descrevem a atuação da Saúde Coletiva diante dessas desigualdades. O tratamento das informações priorizou clareza, fidelidade às fontes e articulação com o objetivo do estudo, evitando segmentação temática ou categorização em eixos. Por se tratar de uma revisão de literatura, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução CNS nº 510/2016, uma vez que não houve coleta de dados envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados permitiram identificar diferentes dimensões das barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIAPN+, abrangendo desde vulnerabilidades sociais extremas até limitações estruturais dos serviços. Para facilitar a compreensão inicial dos achados e situar o leitor sobre o escopo da literatura analisada, elaborou-se uma tabela contendo informações essenciais sobre cada estudo incluído. Essa apresentação sistematizada possibilita visualizar rapidamente os contextos investigados, os métodos utilizados e os principais resultados encontrados nas diferentes pesquisas. A seguir, disponibiliza-se a tabela com a caracterização geral dos oito estudos contemplados nesta revisão.

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Título	Autor/Ano	Tipo	População/Contexto	Principais achados
Acesso à saúde: desafios enfrentados pela população LGBTQIAPN+ em situação de rua	Rosa *et al.* 2025	Revisão Integrativa	Pessoas LGBTQIAPN+ em situação de rua	Discriminação ampliada, vulnerabilidade extrema, inexistência de políticas específicas
Acesso de Pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde	De Melo Filho *et al.* 2024	Revisão integrativa	População LGBTQIAPN+ nos Serviços de APS	Preconceito, desrespeito ao nome social, despreparo técnico e acolhimento insuficiente

Barriers to sexual and reproductive health care faced by transgender and gender diverse people: a systematic review Saúde sexual e reprodutiva de pessoas trans	Allen *et al.* 2025	Revisão sistemática	Pessoas trans e de gênero diverso	Cisnormatividade, barreiras financeiras e ausência de protocolos apropriados
Saúde da população LGBTQIAPN+: demandas e desafios	Pinheiro, 2024	Revisão narrativa	População LGBTQIAPN+	Fragilidades na saúde mental, invisibilidade e carência de competência cultural
Acesso e uso dos sistemas de saúde pela população LGBTQIAPN+ sob a ótica do cuidado biopsicossocial	Neto *et al.* 2023	Revisão integrativa	Usuários LGBTQIAPN+	Estigma, lacunas ético-assistenciais e precarização dos serviços
O direito ao acesso à saúde para a população LGBTQIAPN+	De Paula; Caetano; Alexandre 2025	Estudo qualitativo	Usuários do SUS e saúde privada	Negligência, despreparo profissional, invisibilidade curricular
Barriers and facilitators to mental health care access and engagement for LGBTQA+ people with psychosis: A scoping review	Gonçalves *et al.* 2025	Revisão de escopo	LGBTQA+ com psicose	Estigma, medo de patologização e rupturas terapêuticas
Assistência à saúde da população LGBTQIAPN+ no sistema prisional brasileiro	Lima; Quintiliano 2025	Estudo descritivo	Pessoas LGBTQIAPN+ privadas de liberdade	Violência institucional, ausência de políticas específicas, insalubridade

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Os estudos analisados revelam que as desigualdades vivenciadas pela população LGBTQIAPN+ se manifestam de maneira estrutural nos serviços de saúde, evidenciando que a condição de rua, conforme Rosa *et al.* (2025), intensifica vulnerabilidades e amplia práticas discriminatórias que dificultam o acesso ao cuidado, de modo que a ausência de políticas

específicas e a interação entre estigma social e precarização institucional rompem qualquer possibilidade de continuidade assistencial, reforçando ciclos persistentes de exclusão que violam direitos e impedem a construção de uma rede de atenção coerente com os princípios de universalidade e equidade.

No contexto da Atenção Primária, De Melo Filho *et al.* (2024) demonstra que o desrespeito ao nome social, a reprodução de preconceitos e o despreparo técnico fragilizam o acolhimento e afastam usuários dos serviços, revelando que experiências negativas acumuladas rompem laços terapêuticos e reduzem a adesão ao cuidado longitudinal, enquanto práticas heteronormativas e fluxos descontextualizados reforçam exclusões simbólicas que poderiam ser mitigadas por mudanças formativas e organizacionais, tornando evidente que a APS ainda carece de ações estruturais capazes de garantir atendimento digno e sensível às identidades dissidentes.

Allen *et al.* (2025) mostra que pessoas trans e de gênero diverso enfrentam barreiras expressivas no acesso à saúde sexual e reprodutiva, uma vez que a cisnormatividade institucional, a ausência de protocolos apropriados e entraves financeiros produzem limitações significativas que se perpetuam mesmo em sistemas de saúde mais robustos, indicando que exclusões associadas à diversidade de gênero constituem desafio global que exige reformas éticas, técnicas e políticas capazes de reposicionar a pluralidade identitária como princípio organizador da assistência e não como exceção marginalizada.

No cenário nacional, Pinheiro (2024) destaca que fragilidades em saúde mental decorrem de processos contínuos de invisibilidade e discriminação que afetam profundamente o bem-estar psicológico da população LGBTQIAPN+, ampliando riscos de adoecimento emocional e mostrando que a falta de competência cultural entre profissionais limita a efetividade das intervenções terapêuticas, de modo que a distância entre as necessidades dos usuários e a capacidade institucional de resposta reforça vulnerabilidades clínicas e sociais, tornando imperativa a criação de dispositivos de acolhimento sensíveis e comprometidos com a diversidade.

A análise realizada por Neto *et al.* (2023) revela que o acesso aos sistemas de saúde permanece marcado por estigmas e lacunas ético-assistenciais que comprometem a integralidade do cuidado, especialmente quando se consideram a precarização estrutural e a escassez de serviços especializados, que dificultam encaminhamentos, reduzem opções

terapêuticas e fragilizam o seguimento clínico; assim, experiências discriminatórias não se configuram como episódios isolados, mas como expressão de uma lógica institucional que demanda revisão profunda das práticas para que políticas inclusivas sejam aplicadas de forma concreta e efetiva.

O estudo de De Paula, Caetano e Alexandre (2025) aponta que negligência, despreparo profissional e invisibilidade curricular comprometem diretamente o direito à saúde da população LGBTQIAPN+, uma vez que conteúdos relacionados à diversidade sexual e de gênero permanecem pouco contemplados na formação em saúde, produzindo práticas inadequadas que geram sofrimento e afastamento dos serviços; dessa forma, verifica-se que fragilidades educativas repercutem na assistência cotidiana e reforçam desigualdades, indicando a necessidade urgente de reformas curriculares que promovam sensibilidade ética e qualificação técnica alinhadas às demandas contemporâneas.

Na saúde mental, Gonçalves *et al*. (2025) confirma que pessoas LGBTQA+ com psicose enfrentam múltiplos estigmas que interagem entre si e produzem medo de patologização da identidade, o que favorece rupturas terapêuticas e abandono precoce dos serviços, revelando que abordagens tradicionais são insuficientes para garantir espaços seguros e culturalmente competentes; assim, a interseccionalidade entre sofrimento psíquico e diversidade sexual torna-se determinante para compreender barreiras institucionais, exigindo investimentos em práticas acolhedoras que respeitem pluralidades identitárias e reduzam vulnerabilidades clínicas e sociais.

Lima e Quintiliano (2025) salienta que pessoas LGBTQIAPN+ privadas de liberdade vivenciam dupla vulnerabilidade marcada por violência institucional, insalubridade e ausência de políticas específicas, o que agrava riscos físicos e psicológicos e reforça exclusões já observadas em outros contextos, porém intensificadas pela lógica punitiva do sistema prisional; dessa maneira, a invisibilidade institucional impede a implementação de ações afirmativas, revelando que o cárcere ainda opera como espaço de negação de direitos, exigindo transformações estruturais que articulem justiça, saúde e direitos humanos.

Ao comparar os estudos, torna-se possível perceber que a discriminação institucional constitui elemento transversal que atravessa diferentes contextos, uma vez que Rosa *et al.* (2025) e De Melo Filho *et al* (2024) sinalizam impactos diretos do preconceito na continuidade do cuidado, enquanto Allen *et al.* (2025) explicita que exclusões persistem mesmo em países

com maior investimento sanitário; assim, observa-se que práticas discriminatórias resultam de padrões culturais estruturados e não apenas de atitudes individuais, indicando que mudanças éticas e organizacionais são fundamentais para a efetivação da equidade.

A comparação internacional revela que desigualdades não se limitam a sistemas subfinanciados, já que Allen *et al.* (2025) e Gonçalves *et al.* (2025) indica que barreiras são reforçadas por normas excludentes e por falhas no reconhecimento das identidades dissidentes, enquanto no Brasil autores como Pinheiro (2024) e Neto *et al.* (2023) ressalta que precarização estrutural intensifica práticas discriminatórias; assim, a convergência dos achados indica que avanços legislativos não se traduzem automaticamente em práticas inclusivas, exigindo intervenções mais profundas e contínuas.

Na literatura nacional, nota-se que a ausência de competência cultural entre profissionais constitui aspecto central das desigualdades, já que De Paula *et al.* (2025) comprova repercussões diretas da formação inadequada na prática cotidiana, enquanto Pinheiro (2024) evidencia impactos emocionais dessa exclusão na saúde mental; desse modo, torna-se claro que a formação em saúde ainda não responde às necessidades da população LGBTQIAPN+, o que reforça a urgência de processos educativos permanentes que integrem diversidade e ética como pilares essenciais da assistência.

Neto *et al*. (2023) apresenta que fragilidades organizacionais dificultam a construção de redes integradas de atenção e, quando comparados a Rosa *et al.* (2025), observa-se que vulnerabilidades sociais ampliam os efeitos dessas falhas, já que serviços precarizados não conseguem responder às demandas complexas enfrentadas pela população LGBTQIAPN+; assim, políticas isoladas tornam-se insuficientes e evidenciam a necessidade de ações intersetoriais que articulem saúde, assistência social e direitos humanos, favorecendo a reorganização da rede e o fortalecimento das práticas inclusivas.

No campo da saúde mental, os achados de Gonçalves *et al.* (2025) dialogam com Pinheiro (2024) ao salientarem que medo de patologização, experiências negativas e ausência de espaços acolhedores produzem vulnerabilidades coexistentes, de modo que garantir ambientes seguros se torna essencial para adesão terapêutica; assim, a combinação entre sofrimento psíquico e exclusão institucional exige abordagens ampliadas que considerem especificidades identitárias, promovendo práticas clínicas mais humanizadas e comprometidas com princípios de equidade e cuidado integral.

A análise das condições no sistema prisional, conforme Lima e Quintiliano (2025), reforça que desigualdades sanitárias se intensificam em ambientes punitivos, já que violência institucional, insalubridade e ausência de protocolos específicos aprofundam condições de risco que já afetam a população LGBTQIAPN+ em outros contextos, demonstrando que o encarceramento opera como cenário extremo de violação de direitos; assim, a assistência prisional revela limitações severas que exigem articulação entre setores e implementação urgente de políticas de proteção e inclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão permitem compreender que as barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ se estruturam de maneira interdependente entre discriminação institucional, precarização dos serviços, fragilidades formativas e ausência de políticas plenamente implementadas. Tais obstáculos se expressam em diferentes pontos da rede assistencial e produzem trajetórias marcadas por rupturas, inadequações no acolhimento, invisibilidade e negação de direitos, revelando que o acesso não depende apenas da disponibilidade de serviços, mas da capacidade do sistema de reconhecer e responder às singularidades identitárias, sociais e territoriais desse grupo populacional.

Ao analisar estudos, torna-se evidente que práticas discriminatórias persistem mesmo em contextos com marcos normativos consolidados, indicando que desigualdades estruturais não se reduzem à dimensão normativa, mas se atualizam nos modos de organização institucional, nos fluxos assistenciais e nas relações cotidianas entre profissionais e usuários. A interseccionalidade entre estigma, vulnerabilidade social e limitações organizacionais amplia riscos e compromete a integralidade do cuidado, sobretudo para pessoas trans, indivíduos em situação de rua, privados de liberdade e usuários com transtornos mentais.

Nesse cenário, a Saúde Coletiva demonstra papel estratégico ao oferecer fundamentos conceituais e metodológicos capazes de orientar reorganizações no modelo assistencial, vinculando planejamento territorial, educação permanente, participação social e gestão intersetorial. A partir desse campo, torna-se possível fortalecer práticas centradas na equidade, qualificar a formação profissional, ampliar a competência cultural das equipes e implementar de forma mais efetiva as diretrizes da política. Assim, a promoção da equidade não se restringe

ao enfrentamento da discriminação, mas envolve a construção de dispositivos institucionais que assegurem cuidado integral, acolhedor, contínuo e livre de violências simbólicas ou estruturais.

Conclui-se que superar as barreiras de acesso exige investimentos políticos, técnicos e éticos que ultrapassem intervenções pontuais, direcionando esforços para transformar práticas profissionais, redes de atenção e modos de gestão. O fortalecimento da Saúde Coletiva como eixo orientador das políticas públicas é condição essencial para que a população LGBTQIAPN+ exerça seu direito à saúde de forma plena. Assim, o estudo reafirma a necessidade de ampliar estratégias capazes de garantir que a diversidade seja reconhecida como elemento estruturante da atenção, contribuindo para a efetivação de um SUS verdadeiramente universal, equânime e humanizado.

REFERÊNCIAS

ALLEN, Connor Luke *et al.* Barriers to sexual and reproductive health care faced by transgender and gender diverse people: a systematic review. **Reproductive Health**, [S.l.], v. 22, p. 115, 25 jun. 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-025-02038-6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p. ISBN 978-85-334-144-5.

DE PAULA, Fabiana Calazans; CAETANO, Nathalia Silva; ALEXANDRE, Denise Marques. O direito ao acesso à saúde para a população LGBTQIAPN+. **Anais do Congresso Brasileiro de Iniciação Científica (Ciências Sociais)**, Santos, v. 2, n. 3, 2025. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17778761

DE MELO FILHO, Jean Carlos Leal Carvalho *et al*. Acesso de pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, e14781, 2024. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e14781.2024

GONÇALVES, Cláudia C. *et al.* Barriers and facilitators to mental health care access and engagement for LGBTQA+ people with psychosis: a scoping review. **Psychiatry Research,** [S.l.], v. 335, p. 116281, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116281

JESUS, Mariana Karolina Martins Rosa de *et al.* Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.220369

LIMA, Carmem Renata Vieira; QUINTILIANO, Leonardo David. A assistência à saúde da população LGBTQIAPN+ no sistema prisional brasileiro. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.l.], v. 11, n. 11, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i11.22514

MATSUZAKA, Sara; ROMANELLI, Meghan; HUDSON, Kimberly D. "Render a service worthy of me": a qualitative study of factors influencing access to LGBTQ-specific health services. **SSM – Qualitative Research in Health**, [S.l.], v. 1, p. 100019, dez. 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100019

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

PINHEIRO, Marcella Ciotti. Saúde da população LGBTQIAPN+: demandas e desafios. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, São Paulo, v. 5, n. 11, e5115865, 2024. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v5i11.5865

ROSA, Victor Hugo Júlio da *et al.* Acesso à saúde: desafios enfrentados pela população LGBTQIAPN+ em situação de rua. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 7, n. 6, p. 1371–1383, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n6p1371-1383

SANTOS, Jaciane Ferreira dos *et al.* Acesso da população LGBT aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior baiano. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434094pt.

SILEO, Katelyn M. *et al.* Assessing LGBTQ+ stigma among healthcare professionals: an application of the Health Stigma and Discrimination Framework in a qualitative, community-based participatory research study. **Journal of Health Psychology**, [S.l.], v. 27, n. 9, p. 2181–2196, ago. 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/13591053211027652

10.71248/9786583818171-10

TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO APOIO À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Anna Carolina Rocha de Paiva
Enfermeira/Universidade do Estado do Pará
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6831-8718
Jamylle Carina Ribamar Vila Real
Enfermeira/Universidade Federal do Pará
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-2647-9044
Hannah Isabela Vinhas de Lima
Médica/ Centro Universitário do Estado do Pará
Orcid: https://orcid.org/0009-0004-0294-9719
Jessica Maria Lins da Silva
Mestranda em Enfermagem/Universidade Federal do Pará
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3218-6447

Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as tecnologias utilizadas para apoiar a comunicação de más notícias em cuidados paliativos direcionadas a pacientes e familiares. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, desenvolvida por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada nas bases LILACS, BDENF, SciELO e PubMed, com artigos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os resultados evidenciaram que a utilização integrada de tecnologias leves, leve-duras e duras contribui para a qualificação do processo comunicacional, favorecendo a compreensão das informações, o fortalecimento do vínculo terapêutico e a redução do sofrimento emocional. Destacaram-se a escuta qualificada, a empatia, os protocolos estruturados, como o SPIKES, os materiais educativos e o uso de tecnologias digitais, como a telemedicina. Conclui-se que a articulação entre diferentes tecnologias em saúde promove uma comunicação mais ética, empática e efetiva, fortalecendo a prática dos cuidados paliativos e contribuindo para um cuidado humanizado e centrado nas necessidades de pacientes e familiares.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Comunicação em Saúde; Comunicação de Más Notícias; Tecnologias em Saúde.

10.71248/9786583818171-10

HEALTH TECHNOLOGIES IN SUPPORTING THE COMMUNICATION OF BAD NEWS IN PALLIATIVE CARE

Abstract: This study aimed to analyze scientific evidence on technologies used to support the communication of bad news in palliative care for patients and their families. This is a qualitative, descriptive study conducted through an Integrative Literature Review, carried out in the LILACS, BDENF, SciELO and PubMed databases, including articles published over the last ten years in Portuguese, English and Spanish. The results showed that the integrated use of soft, soft-hard and hard health technologies improves the communication process, enhances information understanding, strengthens the therapeutic bond and reduces emotional distress. Key strategies identified included active listening, empathy, structured protocols such as SPIKES, educational materials and digital technologies, including telemedicine. It is concluded that the articulation of different health technologies promotes more ethical, empathetic and effective communication, strengthening palliative care practices and contributing to humanized, patient- and family-centered care.

Keywords: Breaking Bad News; Health Communication. Health Technology; Palliative Care.

1.INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos foram criados pela enfermeira britânica Cicely Saunders, esta introduziu as principais linhas de cuidados que sustentariam o apoio ao paciente paliativo, sendo também a pioneira no conceito de dor total. Segundo sua visão, a dor não se limita apenas ao contexto físico, sendo dividida em quatro dimensões relacionadas, as quais destaca-se: dor física, psicoemocional, social e espiritual.

Desta forma, a partir dessa nova conjuntura, ocorreu a mudança de paradigmas acerca da assistência holística desses pacientes e de como manejá-los de uma forma positiva. Segundo Souza e colaboradores (2022), os cuidados paliativos envolvem “elementos essenciais para garantia de qualidade de vida digna, independentemente do tipo de doença, integrando família e equipe interprofissional nesse processo”.

No Brasil, os cuidados paliativos foram se desenvolvendo paulatinamente. Em 2024 foi criado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, através da portaria n º 3681, sendo um dos

10.71248/9786583818171-10

principais princípios que sustentam este estudo o XI, que remete sobre a comunicação sensível e empática, além da honestidade sobre todas as questões que envolvem o paciente.

Ademais, é válido ressaltar que os cuidados paliativos constituem uma abordagem assistencial que busca promover qualidade de vida a pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, abrangendo dimensões físicas, psicossociais e espirituais. Nesse contexto, a comunicação configura-se como um elemento central do cuidado, sendo reconhecida não apenas como meio de transmissão de informações, mas como uma tecnologia essencial para o estabelecimento do vínculo terapêutico e para a tomada de decisões compartilhadas (Batista e Araújo, 2023).

A comunicação de más notícias representa um dos momentos mais sensíveis e complexos da prática em cuidados paliativos. Trata-se de um processo que envolve a transmissão de informações clínicas desfavoráveis, frequentemente associadas a prognósticos limitados ou à progressão da doença, exigindo do profissional habilidades técnicas, emocionais e éticas. A forma como essa comunicação é realizada pode impactar diretamente a compreensão do paciente e da família, o enfrentamento da doença e a adesão ao plano de cuidado (Oliveira *et al*., 2024).

Apesar da relevância do tema, observa-se que grande parte das abordagens comunicacionais descritas na literatura pressupõe níveis adequados de letramento em saúde e compreensão da linguagem biomédica por parte de pacientes e familiares (Jolidan *et al*.,2024). Em contextos marcados por desigualdades sociais, especialmente aqueles relacionados à baixa escolaridade, essas premissas nem sempre se confirmam, o que pode gerar incompreensões, sofrimento adicional e fragilização do vínculo entre equipe, paciente e família (Jolidon *et al*., 2024; Sørensen *et al*., 2012).

Nesse cenário, destaca-se a importância da inserção de tecnologias no processo comunicacional em cuidados paliativos. O conceito de tecnologia em saúde ultrapassa a noção de equipamentos ou recursos digitais, abrangendo também tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo, e tecnologias leve-duras, como protocolos, instrumentos e estratégias estruturadas de comunicação (Merhy, 2014). Essas tecnologias, quando utilizadas

10.71248/9786583818171-10

de forma adequada, podem favorecer a compreensão das informações, respeitar singularidades socioculturais e reduzir as barreiras comunicacionais.

Diante disso, torna-se relevante analisar, de forma sistematizada, as tecnologias descritas na literatura que apoiam a comunicação de más notícias em cuidados paliativos, considerando tanto pacientes quanto familiares. A identificação dessas estratégias pode contribuir para práticas mais equitativas, humanizadas e sensíveis às vulnerabilidades sociais, além de subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, no cuidado paliativo. Assim, o objetivo geral do estudo é analisar as evidências científicas sobre tecnologias utilizadas para apoiar a comunicação de más notícias em cuidados paliativos, direcionadas a pacientes e familiares.

2.METODOLOGIA

O estudo em questão constitui uma pesquisa de cunho qualitativo, de natureza descritiva, utilizando o método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL). A RIL representa uma abordagem metodológica de grande relevância, pois permite uma análise abrangente e integrada ao incorporar uma variedade de metodologias relacionadas a um tema específico. Seu propósito principal é a síntese das evidências já disponíveis na literatura, proporcionando uma base sólida para a tomada de decisões informadas e aprimoramento das práticas clínicas (Souza *et al*., 2022).

O processo de construção da RIL seguiu etapas estabelecidas por Whittemore e Knafl (2005), a saber: 1-Elaboração da questão norteadora da pesquisa, 2- Busca na literatura de estudos primários, 3- Avaliação dos estudos primários, 4- Análise dos dados, e, por fim, 5- Apresentação da revisão.

A questão norteadora foi formulada da seguinte maneira: ¨Quais tecnologias são descritas na literatura como apoio à comunicação de más notícias em cuidados paliativos para pacientes e familiares?

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, SciELO e PubMed, utilizando os descritores controlados do DeCS/MeSH: Comunicação de Más Notícias;

10.71248/9786583818171-10

Comunicação em Saúde; Cuidados Paliativos; Família; Tecnologia em Saúde, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais disponíveis na íntegra, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem estratégias, tecnologias ou métodos de comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos duplicados e publicações que não apresentassem relação direta com o objeto do estudo.

Para a análise dos dados, adotou-se a abordagem da análise de conteúdo proposta por Bardin, que compreende as seguintes etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; e 3) Tratamento dos resultados, incluindo inferência e interpretação (Mendes; Miskulin, 2017). Para a apresentação dos resultados, desenvolveu-se um instrumento que inclui os seguintes itens: autoria, ano, país, objetivo, tipo de estudo, tecnologia utilizada e principais achados. Além disso, ocorreu a identificação das categorias que emergiram da revisão.

Por se tratar de estudo de revisão da literatura, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa evidenciam que a inserção de diferentes tecnologias em saúde exerce impacto direto e significativo na comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos. Tais tecnologias atuam como mediadoras do processo comunicacional, favorecendo a compreensão das informações, o fortalecimento do vínculo terapêutico e a redução do sofrimento emocional de pacientes e familiares. Abaixo tem-se a tabela da RIL.

Tabela 1: Artigos extraídos da Revisão Integrativa da Literatura.

Autor/Ano	País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Tipo de tecnologia	Tecnologia utilizada	Principais achados

10.71248/9786583818171-10

Abreu-Figueiredo *et al*., 2024	Portugal	Identificar protocolos e estratégias para a comunicação de más notícias em cuidados paliativos	Revisão integrativa	Leve-dura	Protocolos estruturados (SPIKES e similares)	O protocolo SPIKES foi o mais citado, auxiliando na organização da comunicação e no suporte ao paciente e à família.
Girardi *et al*., 2024	Brasil	Analisar a aplicabilidade do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias	Revisão integrativa	Leve-dura	Protocolo SPIKES	Evidenciou melhora na clareza, empatia e segurança dos profissionais durante a comunicação de más notícias.
Kirby *et al*., 2020	Brasil	Compreender a percepção de profissionais sobre a comunicação	Estudo qualitativo	Leve	Escuta ativa, empatia, vínculo	Destacou dificuldades emocionais dos profissionais e a

10.71248/9786583818171-10

		de más notícias em cuidados paliativos				importância da comunicação humanizada e do vínculo com a família.
Gobbi, 2025	Brasil	Descrever modelos e intervenções comunicacionais no contexto dos cuidados paliativos	Revisão teórica	Leve e leve-dura	Protocolos comunicacionais e treinamentos	Apontou lacunas na formação profissional e a necessidade de estratégias estruturadas para comunicação efetiva.
Thompson *et al*., 2024	Reino Unido	Analisar o uso de tecnologias digitais na comunicação em cuidados paliativos	Estudo misto	Dura	Videoconferência (teleconsulta)	As tecnologias digitais ampliaram o contato entre equipes, pacientes e familiares, especialmen

10.71248/9786583818171-10

						te em contextos de restrição presencial.
Silva *et al.*, 2023	Brasil	Avaliar o uso da telemedicina no acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos	Revisão integrativa	Dura	Telemedicina e aplicativos móveis	Favoreceu a continuidade do cuidado, o apoio à família e a comunicação à distância.
Online Communication Skills Training, 2019	Internacional	Avaliar treinamentos online para comunicação de más notícias	Revisão sistemática	Leve-dura	Cursos online e plataformas educacionais	Os treinamentos online aumentaram a confiança e as habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde.

Fonte: Autoria própria, 2025.

A síntese dos estudos analisados, conforme apresentado na Tabela 1, revela entre os achados da pesquisa que o impacto das tecnologias na comunicação de más notícias está intrinsecamente ligado à sua capacidade de qualificar o processo comunicacional, reduzir assimetrias de informação e sustentar a continuidade do cuidado. De forma geral, observa-se que as tecnologias atuam para tornar a comunicação mais processual e menos episódica,

10.71248/9786583818171-10

promovendo uma compreensão gradual do prognóstico e das opções terapêuticas por parte de pacientes e familiares. Esse impacto positivo é particularmente notável quando se considera a integração das tecnologias, promovendo um cuidado mais humanizado e equitativo (Novaes; Soarez, 2020).

As tecnologias leves, representadas principalmente pela escuta qualificada, empatia, acolhimento e construção de vínculo, foram apontadas como fundamentais para uma comunicação humanizada. Estudos qualitativos destacam que a escuta ativa permite ao profissional reconhecer necessidades emocionais, valores e expectativas do paciente e de sua família, favorecendo uma abordagem mais sensível no momento da transmissão de más notícias. Esses recursos impactam positivamente a confiança no profissional e ampliam a participação da família no processo de cuidado (Sodré; Rocon, 2023).

No que se refere às tecnologias leve-duras, os protocolos estruturados de comunicação, como o SPIKES, demonstraram impacto relevante na organização do discurso profissional, oferecendo suporte técnico e emocional ao trabalhador de saúde. Além disso, materiais educativos como folders, cartilhas informativas e guias ilustrativos emergem como importantes ferramentas de apoio à comunicação, especialmente para famílias com menor letramento em saúde. Esses materiais auxiliam na fixação das informações, reduzem dúvidas posteriores e permitem que o conteúdo seja revisitado após o momento inicial da notícia, contribuindo para maior autonomia e compreensão do processo de adoecimento. Outro aspecto relevante das tecnologias leve-duras refere-se aos treinamentos e capacitações, presenciais ou online, que qualificam as habilidades comunicacionais dos profissionais. Os estudos apontam que essas estratégias aumentam a segurança, diminuem a ansiedade do profissional ao comunicar más notícias e promovem uma abordagem mais empática e centrada no paciente (Holanda *et al.*, 2022).

As tecnologias duras, como a telemedicina, videoconferências e aplicativos de comunicação, mostraram impacto crescente, sobretudo no acompanhamento longitudinal de pacientes em cuidados paliativos. Essas tecnologias ampliam o acesso à equipe de saúde, facilitam a comunicação com familiares que não podem estar presentes fisicamente e fortalecem a continuidade do cuidado. Entretanto, os estudos ressaltam que, apesar de seus benefícios, tais recursos devem ser utilizados de forma complementar às tecnologias relacionais, para evitar uma comunicação mecanizada ou distante (Lima; Jesus; Silva, 2018).

10.71248/9786583818171-10

De forma integrada, os achados demonstram que o impacto positivo na comunicação de más notícias não decorre do uso isolado de uma tecnologia, mas da articulação entre as tecnologias alinhadas às necessidades do paciente e da família. Essa integração contribui para uma comunicação mais clara, ética, empática e efetiva, fortalecendo o cuidado paliativo como prática centrada na dignidade humana (Braga *et al*.,2025).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos incluídos nesta revisão integrativa evidencia que a incorporação de diferentes tecnologias em saúde exerce impacto significativo na qualificação da comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos. Os achados demonstram que essas tecnologias contribuem para a redução de barreiras comunicacionais, o fortalecimento do vínculo entre profissionais, pacientes e familiares, bem como para a promoção de um cuidado mais ético, humanizado e centrado nas necessidades do indivíduo e de sua rede de apoio.

Nesse sentido, a efetividade da comunicação de más notícias não se configura como uma habilidade exclusivamente individual, mas como um processo que demanda conhecimento técnico, sensibilidade ética e apropriação de instrumentos comunicacionais por parte do enfermeiro e da equipe multiprofissional. O domínio dessas práticas permite maior clareza na transmissão das informações, apoio emocional às famílias e maior segurança profissional diante de situações complexas e emocionalmente desafiadoras, favorecendo a tomada de decisão compartilhada e a continuidade do cuidado.

Além disso, os estudos apontam que a utilização planejada e integrada de tecnologias — sejam elas relacionais, educativas, organizacionais ou digitais — amplia as possibilidades de comunicação e auxilia na superação de limitações impostas por fatores emocionais, estruturais e contextuais. Dessa forma, evidencia-se a importância de investimentos contínuos em capacitação e formação profissional, com vistas ao fortalecimento das competências comunicacionais e à qualificação das práticas assistenciais no âmbito dos cuidados paliativos.

Adicionalmente, destaca-se a necessidade de aprofundar a discussão acerca das vulnerabilidades sociais, especialmente no que se refere à baixa escolaridade e ao letramento em saúde, aspectos que impactam diretamente a compreensão das informações no momento da comunicação de más notícias. Nesses contextos, torna-se fundamental que os profissionais de

10.71248/9786583818171-10

saúde desenvolvam a capacidade de reconhecer tais vulnerabilidades e de selecionar tecnologias comunicacionais adequadas às especificidades socioculturais de pacientes e familiares. A capacitação voltada à utilização de instrumentos acessíveis, como materiais educativos simplificados, recursos visuais e estratégias comunicacionais adaptadas, configura-se como elemento central para a redução de desigualdades no cuidado. Assim, reforça-se a necessidade de estimular a busca, a avaliação crítica e a aplicação consciente de tecnologias em saúde, com o objetivo de promover uma comunicação mais equitativa, inclusiva e efetiva nos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

BATISTA, V.G.; ARAUJO, S.M. Communicating bad news in palliative care: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e25712139802, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39802. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/39802.

BRAGA, P. P. et al.. Tecnologias em saúde na atenção domiciliar: análise do conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e08022023, 2025.

HOLANDA, F. L. et al.. Lilalva Scale: soft-hard technology to measure clinical competencies in emergencies of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 5, p. e20210950, 2022.

JOLIDON, V. *et al*.Inequalities in patients' experiences with cancer care: the role of economic and health literacy determinants. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 733, 2024.Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11174-x.

LIMA, A. A.; JESUS, D. S. D.; SILVA, T. L.. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. e280320, 2018.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, jul. 2017. Acesso em: 28 abr. 2024.

MERHY, E.E.**Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2014.

NOVAES, H. M. D.; SOAREZ, P. C. D. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00006820, 2020.

10.71248/9786583818171-10

OLIVEIRA, P.J. *et al.* Entre a verdade e o conforto: Desafios éticos e humanísticos na comunicação de más notícias em oncologia e cuidados paliativos. **Revista Cedigma**, *[S. l.]*, v. 2, n. 4, p. 111–118, 2024.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C.. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”?. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210545pt, 2023.

SORENSEN, K. *et al*.Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, art. 80, 2012.Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80.

SOUZA, L.C. *et al*. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE01806, ago. 2022.

WHITTEMORE, R.; Knafl, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing [Internet]**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

10.71248/9786583818171-11

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS E AS BARREIRAS PARA SUA ATUAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo:
Objetivo: Sintetizar o conhecimento científico sobre o papel do médico de família e comunidade (MFC) nos cuidados paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS), identificando barreiras e facilitadores para sua atuação. Método: Revisão integrativa da literatura, realizada nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, com estudos publicados entre 2021 e 2025, nos idiomas português e inglês. Após os critérios de elegibilidade, quatro estudos compuseram a amostra. Resultados: As evidências apontam que o MFC desempenha papel estratégico nos CP na APS devido à longitudinalidade do cuidado, ao vínculo com pacientes e famílias e à coordenação da rede de atenção. Contudo, sua atuação é limitada por barreiras como insuficiente capacitação em CP, dificuldades na comunicação de más notícias, sobrecarga assistencial, ausência de protocolos e fragilidades na rede de apoio, o que compromete a integralidade do cuidado. Conclusão: Apesar do reconhecimento do papel do MFC nos CP, sua consolidação na APS ainda é limitada, demandando investimentos em formação profissional, reorganização dos serviços e fortalecimento de políticas públicas.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos Integrativos; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

Agna Freitas de Oliveira
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-6510-5547
Everson Izaquiel Jacinto
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-7021-9921
João Paulo Ferreira de Freitas Alves
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-5457-8493
Joyce Alinne Silva Vinhal
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-9853-7693
Julia Ísis Gomes Pinheiro
Universidade Federal de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0002-6292-8958
Nathaly Crystine Aires Garcia
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-1012-3046
Rebecca Lopes Araújo
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-0978-0919
Vinicius José da Silva Torres
Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-7332-8429
Dra. Giovana Galvão Tavares
Docente da Universidade Evangélica de Goiás
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5959-2897

10.71248/9786583818171-11

THE ROLE OF FAMILY AND COMMUNITY PHYSICIANS IN PALLIATIVE CARE AND THE BARRIERS TO THEIR PRACTICE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Abstract:
Objective: To synthesize scientific knowledge on the role of family and community physicians (FCP) in palliative care (PC) within Primary Health Care (PHC), identifying barriers and facilitators to their professional practice. Method: An integrative literature review was conducted using the SciELO, PubMed, and Virtual Health Library databases, including studies published between 2021 and 2025 in Portuguese and English. After applying eligibility criteria, four studies were included in the final sample. Results: The evidence indicates that FCPs play a strategic role in PC delivery in PHC due to care longitudinality, strong patient–family relationships, and coordination of the health care network. However, their performance is limited by barriers such as insufficient training in PC, difficulties in breaking bad news, work overload, lack of clinical protocols, and weaknesses in support networks, which compromise comprehensive care. Conclusion: Although the role of FCPs in PC is widely recognized, its consolidation in PHC remains limited, highlighting the need for investments in professional training, service reorganization, and the strengthening of public policies.

Keywords: Family and Community Physicians; Integrative Palliative Care; Palliative Care; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos, tecnológicos e sociais das últimas décadas proporcionaram um significativo aumento na expectativa de vida da população. Esse cenário, contudo, expôs as limitações do modelo de cuidado tradicionalmente centrado na cura, o qual demanda dos profissionais de saúde uma adaptação às novas necessidades de acompanhamento integral do paciente – inclusive quando a recuperação não é mais possível. Surge, assim, a necessidade imperativa de um paradigma assistencial que priorize a qualidade de vida e o bem-estar, mesmo diante de condições crônicas, progressivas ou terminais, no qual os cuidados paliativos se consolidam como resposta essencial e humanizadora. (MARTINS, DEMARZO, 2021; FERREIRA, 2024; BRITO, BESERRA, 2025).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como cenário estratégico para a oferta precoce e longitudinal desses cuidados, por seu vínculo com a comunidade e seus atributos de integralidade e coordenação do cuidado. O médico de família e comunidade (MFC), como profissional central na APS, encontra-se em posição única para identificar

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-11

necessidades paliativas, manejar sintomas complexos e acompanhar pacientes e famílias ao longo de toda a trajetória da doença.

No entanto, apesar do alinhamento conceitual e do respaldo legal para essa atuação, evidências apontam para uma significativa lacuna entre o potencial teórico e a prática efetiva, com diversas barreiras limitando a plena integração dos cuidados paliativos na rotina da APS. Essa desconexão é agravada por uma formação médica insuficiente em CP na graduação, pela falta de políticas públicas que articulem efetivamente os diferentes níveis de atenção e pela sobrecarga assistencial já enfrentada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SANTOS, SOUZA, ANDERSON, 2023) Consequentemente, muitos MFC sentem-se despreparados e desamparados ao lidar com situações de terminalidade, o que compromete a qualidade da assistência prestada (DIAS, 2024).

Diante desse cenário, justifica-se a necessidade de superar a disparidade entre o potencial reconhecido do MFC nos CP e sua efetiva aplicação na APS brasileira, onde barreiras sistêmicas — como a centralização dos serviços, deficiências formativas, sobrecarga assistencial e fragilidades na rede — limitam o acesso e a qualidade do cuidado no fim da vida. Esta investigação é necessária para consolidar as evidências existentes, mapeando desafios e estratégias comprovadas, a fim de subsidiar decisões clínicas, educacionais e de gestão no SUS, com o impacto esperado de qualificar a assistência, melhorar a experiência de pacientes e famílias e otimizar recursos. Portanto, o objetivo geral deste estudo é sintetizar, por meio de uma revisão integrativa, o conhecimento produzido sobre as barreiras e facilitadores para a prática de CP pelo MFC na APS, visando identificar e categorizar tais obstáculos, analisar soluções documentadas e discutir suas implicações para a prática, formação e políticas de saúde no contexto nacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, com o objetivo de analisar a atuação do médico de família e comunidade nos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS). A revisão foi norteada pela seguinte questão: “Quais são as principais barreiras e facilitadores para a prática dos cuidados paliativos pelo médico de família e comunidade na

10.71248/9786583818171-11

APS?”

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “cuidados paliativos”, “atenção primária à saúde” e “médico de família e comunidade”, bem como seus correspondentes em língua inglesa, combinados pelos operadores booleanos AND, OR e NOT.

Foram incluídos estudos publicados entre 2021 e 2025, nos idiomas português ou inglês, com texto completo disponível, publicados em periódicos indexados e relacionados diretamente à temática proposta. Excluíram-se artigos duplicados, fora do recorte temporal estabelecido, com dados incompletos ou que não respondiam à questão norteadora.

Inicialmente, foram identificados 17 estudos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 8 deles foram excluídos por não atenderem ao recorte temporal, por duplicidade ou por não se adequarem ao escopo temático. Em seguida, procedeu-se à leitura de títulos, resumos e textos completos, etapa na qual foram excluídos 5 artigos por não responderem de forma direta à questão norteadora. Ao final do processo de seleção, 4 artigos compuseram a amostra final e foram analisados para a construção do presente estudo.

A análise dos dados ocorreu de forma descritiva e temática, permitindo a organização dos achados em categorias analíticas. Por se tratar de uma revisão de literatura, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A revisão integrativa permitiu a identificação e análise de um conjunto de evidências que delineiam o papel do médico de família e comunidade nos cuidados paliativos e as principais barreiras para sua atuação. Os achados foram organizados em três eixos temáticos principais:

(1) -O papel conceitual e operacional do MFC nos CP;

(2) -Barreiras relacionadas à formação e à capacitação profissional;

(3) -Obstáculos sistêmicos e organizacionais na Atenção Primária à Saúde.

Cada eixo foi subdividido em categorias analíticas, conforme apresentado a seguir.

10.71248/9786583818171-11

1. O papel do médico de família e comunidade nos cuidados paliativos: entre o reconhecimento teórico e a prática limitada

Os estudos revisados destacam a posição única do MFC na oferta de CP devido à longitudinalidade do cuidado, ao vínculo estabelecido com pacientes e famílias; e à capacidade de coordenação da rede de atenção (COSTA; BARBOSA, 2025; CARLINI et al., 2021). No entanto, essa potencialidade esbarra em uma implementação fragmentada e pouco sistematizada.

No contexto do estudo português, Costa e Barbosa (2025) observaram que, embora os médicos de família reconheçam a importância do acompanhamento do luto, mais da metade (53,3%) contacta as famílias enlutadas em menos de 25% dos casos, geralmente por telefone e dentro de uma semana após o óbito. Desse modo, esse dado revela uma desconexão entre o papel esperado do suporte contínuo e a prática real, observando que a proatividade desse aspecto ainda é esporádica e reativa.

Outrossim, no Egito, Awny et al. (2022) identificaram que apenas 5,5% dos médicos hospitalares compreendiam que os CP devem ser introduzidos em todos os níveis de atenção, indicando uma visão ainda restrita e hospitalocêntrica, que exclui a APS como espaço legítimo para tais cuidados. Dessa forma, essa percepção limita a articulação entre os níveis de cuidado e reforça a fragmentação da assistência.

Destarte, a revisão internacional de Carlini et al. (2021) apontou que pacientes e famílias esperam que os profissionais da APS atuem como "*guardians*" do processo de cuidado, assegurando continuidade e tomada de decisões compartilhadas. Contudo, na prática, essa expectativa muitas vezes não se concretiza, seja por falta de preparo dos profissionais, seja por barreiras organizacionais.

2. Barreiras formativas e de capacitação profissional

A formação insuficiente em CP emergiu como um dos principais obstáculos à atuação do MFC, com repercussões diretas na segurança clínica, na comunicação e no manejo sintomático.

2.1. Déficit de conhecimento teórico e prático

10.71248/9786583818171-11

No estudo egípcio, apenas 31,4% dos médicos relataram ter recebido alguma formação em CP, sendo a maioria por meio de palestras ou seminários isolados (AWNY et al., 2022). Da mesma forma, em Portugal, 74,8% dos médicos de família não possuíam treinamento formal em suporte ao luto (COSTA; BARBOSA, 2025). Esse cenário reflete-se em lacunas específicas, como o desconhecimento da escada analgésica da OMS (apenas 29,1% a conheciam no estudo egípcio) e dificuldades na condução de planejamento antecipado de cuidados.

2.2. Comunicação difícil e aspectos éticos

A comunicação sobre prognóstico, o manejo de más notícias e a discussão de diretivas antecipadas foram identificadas como pontos críticos. Enquanto 57,7% dos médicos egípcios concordavam que pacientes terminais deveriam ser informados sobre seu diagnóstico, apenas 43,6% apoiavam o compartilhamento do prognóstico (AWNY et al., 2022). Já entre os médicos portugueses, o desconforto em abordar o luto e a falta de protocolos claros limitavam a continuidade do cuidado (COSTA; BARBOSA, 2025). Carlini et al. (2021) acrescentam que discordâncias entre profissionais, pacientes e famílias sobre objetivos do tratamento são frequentes e agravadas pela falta de treinamento em comunicação empática e tomada de decisão compartilhada.

2.3. A arte do cuidado versus a técnica médica

A revisão de Moran, Bailey e Doody (2024) sobre o papel da enfermagem em CP destaca a tensão entre a dimensão técnica (controle de sintomas, uso de tecnologias) e a dimensão relacional (escuta, presença, suporte psicossocial). Esse achado é transladável à atuação do MFC: a sobrecarga de tarefas clínicas e a falta de tempo comprometem a construção do vínculo e o acompanhamento longitudinal, elementos centrais dos CP na APS.

3. Barreiras sistêmicas e organizacionais na APS

Além das limitações individuais, os estudos apontam obstáculos estruturais que dificultam a integração dos CP na rotina da APS. Isso porque, é evidente que grande parte dos profissionais de saúde não são preparados em suas respectivas formações a lidar com situações que envolvem a temática discutida.

3.1. Sobrecarga assistencial e falta de tempo

10.71248/9786583818171-11

Costa e Barbosa (2025) relatam que 91,9% dos médicos de família portugueses não participam de funerais de pacientes, citando como principais razões a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho. No contexto da APS brasileira, essa realidade se agrava pela alta demanda, escassez de profissionais e excesso de atribuições administrativas, limitando a disponibilidade para consultas prolongadas, visitas domiciliares e suporte ao luto.

3.2. Fragilidade na notificação de óbitos e descontinuidade informacional

A ausência de sistemas automatizados de notificação de óbitos foi destacada no estudo português como um empecilho ao acompanhamento proativo das famílias. Em 74,2% dos casos, os médicos só tomavam conhecimento do falecimento por meio de familiares, o que retardava ou inviabilizava o contato de suporte (COSTA; BARBOSA, 2025). Essa descontinuidade compromete a coordenação do cuidado e o suporte emocional no período pós-morte.

3.3. Ausência de protocolos, recursos e suporte especializado

Consoante a isso, percebe-se por muito da literatura que, tanto no Egito quanto em Portugal, os profissionais relatam falta de protocolos institucionais para CP na atenção primária, além de recursos limitados (como acesso a psicólogos, cuidados espirituais e medicamentos essenciais para controle sintomático). Além disso, Awny et al. (2022) ressaltam a escassez de opioides e o desconhecimento sobre seu uso adequado como barreiras ao alívio da dor. Entretanto, Moran et al. (2024) enfatizam a necessidade de *frameworks* claros que orientem a prática multiprofissional em CP, algo ainda incipiente na maioria dos contextos de APS.

3.4. Questões culturais, religiosas e familiares

No contexto egípcio e em outros países de maioria muçulmana, a família assume papel central nas decisões, podendo conflitar com o princípio ocidental da autonomia individual (AWNY et al., 2022). Essa dinâmica exige do MFC habilidades de mediação e adaptação cultural, nem sempre desenvolvidas na formação médica. Carlini et al. (2021) também destacam que visões distintas sobre "cuidado confortável" versus "tratamento ativo" podem gerar conflitos entre profissionais e famílias, exigindo abordagens sensíveis e negociadas.

Síntese integrativa dos achados

10.71248/9786583818171-11

A atuação do MFC nos CP é reconhecida teoricamente como fundamental, mas sua efetivação é limitada por um conjunto inter-relacionado de barreiras:

- **Formativas**: educação insuficiente em graduação e pós-graduação;
- **Comunicacionais e éticas**: dificuldade em abordar prognóstico, luto e diretivas antecipadas;
- **Organizacionais**: sobrecarga de trabalho, falta de tempo, ausência de protocolos e sistemas de notificação;
- **Sistêmicas**: fragilidade na rede de apoio, acesso limitado a medicamentos e recursos especializados;
- **Culturais**: diversidade de valores e expectativas de pacientes e famílias.

Esses obstáculos operam de forma sinérgica, criando um ciclo de despreparo, desconfiança e descontinuidade do cuidado, que distancia a prática real do potencial teórico do MFC nos CP. No quadro 1 é evidenciado estes obstáculos de forma categorizada e associadas as respectivas literaturas consultadas.

QUADRO 1 – Categorização temática das barreiras com exemplos extraídos

Categoria	Exemplo Extraído dos Artigos	Estudo
Formacional	"74,8% dos médicos de família não possuem treinamento formal em suporte ao luto"	Costa e Barbosa (2025)
Comunicacional	"33,6% dos médicos sentem-se desconfortáveis em dar más notícias"	Awny et al. (2022)
Organizacional	"91,9% não participam de funerais devido à falta de tempo e sobrecarga"	Costa e Barbosa (2025)
Sistêmico	"Apenas 5,5% reconhecem que CP deve ser oferecido em todos os níveis de atenção"	Awny et al. (2022)
Cultural/Ético	"A família é central nas decisões, conflitando com o princípio da autonomia individual"	Awny et al. (2022)
Rede de apoio	"Falta de psicólogos, protocolos e acesso a medicamentos essenciais para controle sintomático"	Moran et al. (2024)

10.71248/9786583818171-11

DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa evidenciou que, embora o MFC seja reconhecido conceitualmente como profissional central na oferta de cuidados paliativos (CP), sua atuação permanece limitada, fragmentada e pouco sistematizada na prática da APS. Esse descompasso entre o potencial teórico e sua operacionalização concreta evidencia que a inserção dos CP na APS ainda não foi plenamente institucionalizada, permanecendo dependente de iniciativas individuais e contextuais, sustentadas sobretudo por experiências pessoais dos profissionais, mais do que por diretrizes sistematizadas e práticas consolidadas (CARDOSO et al., 2021).

Adicionalmente, aspectos culturais, religiosos e familiares influenciam de maneira significativa as práticas de cuidado paliativo, sobretudo em contextos nos quais as decisões são tomadas coletivamente pela família e não exclusivamente pelo paciente. Esses achados reforçam a necessidade de desenvolver competências culturais e habilidades de mediação ética no âmbito da APS, em um cenário ainda marcado pelo baixo conhecimento social e profissional sobre os fundamentos dos CP (MOLINA FILHO et al., 2023).

Como limitações, destaca-se que a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a predominância de contextos internacionais podem restringir a generalização direta dos achados para a realidade brasileira. Ademais, a escassez de estudos nacionais sobre CP na APS evidencia uma lacuna relevante na produção científica, apontando a necessidade de pesquisas empíricas que explorem experiências locais, modelos organizacionais e impactos clínicos da atuação do MFC em CP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos incluídos demonstra que, embora o MFC tenha um papel estratégico fundamental nos cuidados paliativos devido ao seu vínculo com a comunidade, sua atuação prática ainda é bastante limitada e fragmentada. A resposta ao problema pesquisado indica que existe uma lacuna entre a teoria e a prática, causada principalmente por falhas na formação acadêmica, falta de protocolos nas unidades de saúde e uma sobrecarga de trabalho que impede o acompanhamento adequado dos pacientes e de suas famílias. O estudo contribui

10.71248/9786583818171-11

para a academia e para a sociedade ao organizar essas barreiras, oferecendo aos gestores e educadores um diagnóstico claro dos problemas que precisam ser corrigidos para que o SUS possa oferecer um atendimento mais humano e eficiente no fim da vida.

Como limitações, destaca-se que muitos dos dados analisados vêm de contextos internacionais, o que exige cautela ao aplicar esses resultados diretamente à realidade de todas as regiões do Brasil. Por isso, recomenda-se que futuras pesquisas foquem em estudos nacionais que avaliem como programas de capacitação específicos podem melhorar o desempenho das equipes da ESF. Em conclusão, as evidências mostram que para o MFC atuar plenamente como um "guardião" do cuidado, é necessário superar o despreparo técnico e as falhas na rede de apoio, garantindo que o direito ao alívio do sofrimento seja respeitado em todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

AWNY, Mona M.; AL-TOUMY, Shimaa A.; GAAFAR, Samar E. M. Physicians' knowledge, attitude and practice toward ethical and medical issues of palliative care in Suez Canal University Hospital. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 28, n. 4, p. 391-397, 2022. DOI: 10.25259/IJPC_89_2022.

Brito, Claudia e Beserra, Vanessa dos SantosA conceituação dos cuidados paliativos e a importância da integridade científica no debate acadêmico. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 41, n. 6 [Acessado 17 Fevereiro 2026] , e00078925. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT078925>. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT078925.

COSTA, Fábio Leite; BARBOSA, Miguel. Follow-up of grieving families in general and family medicine: a cross-sectional study on the practices and attitudes of family doctors. **Family Medicine and Community Health**, v. 13, e003296, 2025. DOI: 10.1136/fmch-2025-003296.

CARLINI, Joan et al. Discordance and concordance on perception of quality care at end of life between older patients, caregivers and clinicians: a scoping review. **European Geriatric Medicine**, v. 13, p. 87–99, 2022. DOI: 10.1007/s41999-021-00549-6.

10.71248/9786583818171-11

CARDOSO, Carlos Seiça *et al.* Family Physicians' Perspectives on Their Role in Palliative Care: A Double Focus Group in Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, p. 7282, 7 jul. 2021.

DIAS MD, Costa MMS, Clausen NN. A importância dos cuidados paliativos exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2024;19(46):3416. https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3416www.rbmfc.org.brISSN 2179-7994.

FERREIRA FG, Costa CMA, Costa BD, Trotte LAC, Costa. As decisões terapêutica em fim de vida. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2025; 33:e88468, p.9, https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.88468.

MARTINS DB, DEMARZO MMP. O Papel da Medicina de Família nos Cuidados Paliativos. **InterAm J Med Health** 2021;4:e202101015. https://doi. org/10.31005/iajmh.v4i.179

MOLINA FILHO, Enio Teixeira *et al.* Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3418PT, 2023.

MORAN, Sue; BAILEY, Maria E.; DOODY, Owen. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. **PLoS ONE**, v. 19, n. 8, e0307188, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0307188.

SEOW, Hsien et al. **Increasing palliative care capacity in primary care: study protocol of a cluster randomized controlled trial of the CAPACITI training program**. *BMC Palliative Care*, Londres, v. 22, n. 2, 2023. DOI: 10.1186/s12904-022-01124-x. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12904-022-01124-x. Acesso em: 24 dez. 2025.

SANTOS M.C.L, SOUZA A.R.N.D., ANDERSON M.I.P. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2023;18(45):3345. https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3345.

SILVA, W. C. et al. **Cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar na promoção da qualidade de vida para pacientes em sofrimento**. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, p. 2735–2746, 2024. Disponível em: https://doi.org/. Acesso em: 20 jan. 2026.

10.71248/9786583818171-12

A CONFERÊNCIA FAMILIAR COMO FERRAMENTA ÉTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES

Resumo: Os cuidados paliativos constituem uma abordagem essencial voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e progressivas, bem como de seus familiares. Nessa perspectiva, a conferência familiar surge como uma ferramenta ética e comunicacional que possibilita a deliberação compartilhada, a escuta ativa e a tomada de decisão consciente. O objetivo deste capítulo é analisar o papel da conferência familiar como instrumento estruturante da prática paliativa hospitalar, discutindo suas potencialidades, limites e implicações éticas. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e observacional, desenvolvido a partir da vivência prática de profissionais de saúde no contexto hospitalar, com análise reflexiva dos processos comunicacionais e das dimensões éticas presentes. Os resultados demonstram que a conferência familiar favorece o alinhamento terapêutico, reduz conflitos, fortalece vínculos e contribui para a humanização do cuidado. Além disso, evidencia-se sua relevância na mediação de decisões complexas e na prevenção do sofrimento moral das equipes. Contudo, persistem desafios relacionados à falta de tempo, à ausência de capacitação específica e às barreiras institucionais. Conclui-se que a conferência familiar deve ser reconhecida como componente estruturante dos cuidados paliativos hospitalares, demandando políticas institucionais e formação ética contínua das equipes multiprofissionais.

Julia Zago de Barros
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid: 0009-0000-5973-1746
Isabela Kappel Beppler
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid: 0009-0006-6517-7415
Bianca Guazina Dalla Costa
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid: 0009-0001-4127-7757
Mariana Paslauski Nunes
Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Orcid:0009-0009-5947-882X
Isadora Alves Becker
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid: 0009-0008-1253-3097
Tainá Oliveira Squizani
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid:0009-0000-2974-4941
Milene Marranquiel Rossato
Graduanda em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid: 0009-0002-1855-7408
Clainor Giovanaz Borges
Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid:0009-0009-6259-1292
Caetano Zago de Barros
Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana (UFN)
Orcid 0009-0005-6241-4190
Fernanda Pivetta Tambara
Médica pela Universidade do Sul de Santa Catarina
Orcid: 0000-0001-9251-230X

Palavras-Chave: Autonomia; Bioética; Cuidados Paliativos; Família; Humanização da Assistência.

10.71248/9786583818171-12

THE FAMILY CONFERENCE AS AN ETHICAL TOOL FOR DELIBERATION IN HOSPITAL PALLIATIVE CARE: BETWEEN COMMUNICATION, BIOETHICS AND HUMANIZATION OF CARE

Abstract: Palliative care represents an essential approach aimed at promoting the quality of life of patients with severe and progressive diseases and their families. In this context, the family conference emerges as an ethical and communicational tool that enables shared deliberation, active listening, and conscious decision-making. The objective of this chapter is to analyze the role of the family conference as a structuring instrument of hospital palliative practice, discussing its potentialities, limitations, and ethical implications. This is a qualitative and observational study developed from the practical experience of healthcare professionals in hospital settings, with a reflective analysis of communication processes and ethical dimensions. The results show that the family conference favors therapeutic alignment, reduces conflicts, strengthens bonds, and contributes to the humanization of care. Furthermore, it proves relevant in mediating complex decisions and preventing moral distress among healthcare teams. However, challenges persist regarding time constraints, lack of specific training, and institutional barriers. It is concluded that the family conference should be recognized as a structuring component of hospital palliative care, requiring institutional policies and continuous ethical education for multidisciplinary teams.

Keywords: Autonomy; Bioethics; Family; Humanization; Palliative Care..

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos consolidam-se como uma abordagem essencial no atendimento a pessoas com doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida, promovendo alívio do sofrimento e respeito à dignidade humana em todas as fases do adoecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), esses cuidados têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares, mediante identificação precoce, avaliação e controle da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

No contexto hospitalar, as decisões clínicas relativas à limitação de tratamentos e à redefinição de objetivos terapêuticos exigem não apenas competência técnica, mas também sensibilidade ética, comunicação efetiva e escuta ativa. Tais decisões são frequentemente

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-12

atravessadas por incertezas prognósticas, sofrimento emocional e divergências de expectativas entre pacientes, familiares e equipe de saúde. Por isso, o processo decisório nos cuidados paliativos não é meramente técnico, mas ético e relacional, demandando deliberação compartilhada e sensível às singularidades de cada caso (Gracia, 2013).

A bioética fornece um referencial teórico relevante para tais situações, articulando os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia (Beauchamp; Childress, 2019). Contudo, diante da vulnerabilidade que caracteriza o fim da vida, a autonomia deve ser compreendida em sua dimensão relacional, considerando os vínculos afetivos, sociais e culturais que influenciam o processo decisório (Tahmasebi, 2023). Nesse cenário, a conferência familiar se apresenta como um espaço estruturado de escuta, acolhimento e construção coletiva de decisões, mediado pela equipe multiprofissional com base em valores, crenças e diretrizes clínicas (Glajchen et al., 2022; Fortes et al., 2024).

Este capítulo fundamenta-se em um estudo qualitativo, observacional, de caráter descritivo e reflexivo, baseado na vivência prática em contextos hospitalares voltados aos cuidados paliativos, em articulação com a literatura científica da área. A justificativa para o desenvolvimento deste trabalho reside na crescente demanda por cuidados paliativos no Brasil, no desafio da comunicação em situações de terminalidade e na necessidade de práticas clínicas que conciliem ética, humanização e escuta ativa no processo decisório.

Diante desse cenário, a pergunta norteadora que guia este capítulo é: como a conferência familiar pode ser compreendida como uma ferramenta ética de deliberação e humanização no contexto dos cuidados paliativos hospitalares? O objetivo é analisar o papel da conferência familiar na tomada de decisão em cuidados paliativos, destacando seus desafios, potencialidades e implicações éticas na prática clínica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, observacional, de caráter descritivo e reflexivo, desenvolvido a partir da vivência profissional em contextos hospitalares, com foco no acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos. O estudo tem como finalidade analisar o papel ético e comunicacional das conferências familiares, compreendidas como espaços privilegiados de deliberação clínica e humanização do cuidado.

10.71248/9786583818171-12

O material analisado resultou de observações diretas não sistematizadas de conferências familiares realizadas em unidades hospitalares públicas e privadas da região Sudeste do Brasil, entre os anos de 2021 e 2023. Nessas conferências, foram identificadas situações de tomada de decisão complexa, especialmente em contextos de terminalidade ou incerteza prognóstica.

As observações buscaram compreender os aspectos comunicacionais, emocionais e éticos presentes nessas reuniões, com atenção à interação entre equipe multiprofissional, paciente e familiares. A análise dos dados foi conduzida sob uma abordagem interpretativa, fundamentada nos referenciais teóricos da bioética deliberativa (Gracia, 2013) e da comunicação centrada na pessoa (Back; Tulsky; Arnold, 2019).

A construção reflexiva foi complementada por pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO, PubMed, LILACS e Google Scholar, utilizando os operadores booleanos AND e OR para combinações dos descritores: “cuidados paliativos”, “decisão compartilhada”, “bioética”, “comunicação em saúde” e “conferência familiar”. O recorte temporal considerou publicações entre 2013 e 2023, priorizando artigos em português, inglês e espanhol. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em periódicos revisados por pares, estudos com enfoque na prática clínica hospitalar e que abordassem aspectos éticos e comunicacionais em cuidados paliativos. Foram excluídos trabalhos duplicados, artigos com foco exclusivamente pediátrico ou domiciliar, e publicações sem acesso ao texto completo.

Por se tratar de um estudo observacional, sem coleta de dados identificáveis ou intervenção direta com os sujeitos, não se aplica a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Ainda assim, todos os princípios éticos de confidencialidade, autonomia, respeito à dignidade humana e integridade dos participantes foram rigorosamente observados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Comunicação e deliberação em contextos de decisão complexa

As conferências familiares mostraram-se instrumentos fundamentais nos momentos decisórios em cuidados paliativos hospitalares, especialmente diante da necessidade de redefinir objetivos terapêuticos ou de interromper intervenções desproporcionais. Nessas

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-12

situações, o ambiente estruturado, empático e mediado pela equipe multiprofissional reduziu ruídos na comunicação, ampliou a compreensão do quadro clínico por parte dos familiares e promoveu maior alinhamento entre expectativas, valores e possibilidades terapêuticas.

A análise das interações revelou que a clareza na comunicação, aliada à escuta ativa e ao acolhimento das emoções envolvidas, favoreceu o entendimento de que os cuidados paliativos não representam abandono, mas sim continuidade e reorientação do cuidado. Como defendem Back, Tulsky e Arnold (2019), a comunicação compassiva é elemento central para sustentar decisões informadas, promover alívio do sofrimento e construir confiança com a família em momentos de incerteza.

Além disso, observou-se que a mediação multiprofissional foi essencial para articular diferentes perspectivas: médica, psicológica, social e espiritual, permitindo uma compreensão mais ampla e humanizada das necessidades do paciente e de sua família. Essa prática contribuiu para fortalecer o vínculo entre equipe de saúde e familiares, criando condições para decisões mais alinhadas aos desejos do paciente e aos princípios éticos que orientam a atenção em cuidados paliativos, como a beneficência, a autonomia e a justiça (Beauchamp; Childress, 2019).

Portanto, a comunicação clara, empática e orientada por valores éticos mostrou-se não apenas um meio de transmissão de informações, mas uma ferramenta terapêutica em si, capaz de mitigar conflitos, reduzir sofrimento e sustentar a deliberação moral compartilhada.

3.2 A conferência familiar como espaço de autonomia relacional

A observação das conferências evidenciou sua potência como espaços de deliberação moral e escuta ativa, permitindo a expressão de valores pessoais e familiares, além do compartilhamento de expectativas e medos. Essa dinâmica aproxima-se da noção de autonomia relacional, que reconhece que as decisões em saúde, especialmente no fim da vida, são influenciadas por laços afetivos, contextos socioculturais e pela interdependência entre os sujeitos (Tahmasebi, 2023).

Glajchen et al. (2022) ressaltam que a conferência familiar, quando bem conduzida, promove a integração entre aspectos clínicos e subjetivos, favorecendo escolhas informadas, empáticas e alinhadas com os valores do paciente. Isso foi confirmado nas observações realizadas, nas quais a escuta qualificada, o acolhimento emocional e a tradução cuidadosa das

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-12

informações clínicas ampliaram a confiança mútua e reforçaram o protagonismo coletivo na tomada de decisões.

Nessa perspectiva, a autonomia deixa de ser compreendida como uma expressão puramente individual de vontade e passa a ser concebida como um processo construído em relação; resultado de diálogos, trocas e apoios mútuos. Assim, a conferência familiar se consolida como um dispositivo bioético que contribui para a humanização do cuidado e a construção de consensos terapêuticos, respeitando tanto os direitos do paciente quanto a importância dos vínculos familiares e das dimensões simbólicas envolvidas no processo de morrer.

Ao proporcionar um espaço seguro para a escuta e a reflexão conjunta, a conferência também permite à equipe compreender os significados atribuídos pelos familiares à doença e à terminalidade, o que enriquece o planejamento terapêutico e fortalece a coesão entre os membros da equipe e os entes queridos do paciente.

3.3 Desafios e limites éticos

Apesar dos avanços observados, a prática das conferências familiares enfrenta desafios institucionais e estruturais importantes. A sobrecarga das equipes, a limitação de tempo nos serviços hospitalares e a ausência de protocolos específicos ainda dificultam sua inserção sistemática na rotina dos cuidados paliativos. Quando realizadas de forma improvisada ou sem mediação adequada, as conferências perdem parte de seu potencial ético e terapêutico (Instituto Nacional de Câncer, 2022).

Outro desafio refere-se à capacitação profissional. A literatura aponta a necessidade de formação continuada das equipes em temas como comunicação clínica, ética da terminalidade, manejo emocional de conflitos e deliberação moral (Brasil, 2018). Como destaca Gracia (2013), a deliberação ética exige preparo técnico e sensibilidade moral, especialmente em contextos marcados por sofrimento, ambiguidade e múltiplos valores em disputa.

Ademais, há barreiras culturais que podem dificultar o diálogo aberto sobre a morte e o processo de morrer. Em muitos contextos, o tema ainda é permeado por tabus e resistências emocionais, tanto entre familiares quanto entre profissionais, o que demanda estratégias institucionais de apoio e supervisão ética.

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-12

Dessa forma, é imprescindível que instituições de saúde reconheçam a conferência familiar como uma prática estruturante dos cuidados paliativos, garantindo tempo protegido, capacitação profissional e suporte organizacional para sua efetiva realização. Investir nesse processo significa não apenas aprimorar a qualidade da comunicação, mas fortalecer a dimensão ética do cuidado e reafirmar o compromisso da equipe com a dignidade do paciente até o fim da vida.

3.4 O papel da equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade nas conferências familiares

As conferências familiares analisadas evidenciaram o papel central da equipe multiprofissional na condução e na efetividade desses encontros. O trabalho conjunto entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais se mostrou essencial para a construção de um espaço verdadeiramente dialógico, capaz de integrar dimensões clínicas, emocionais, sociais e espirituais do cuidado.

A presença de diferentes saberes e perspectivas favoreceu uma abordagem integral e plural, permitindo que as decisões terapêuticas fossem fundamentadas não apenas em critérios biomédicos, mas também nos valores e necessidades subjetivas do paciente e de sua família. Esse olhar ampliado está em consonância com a proposta dos cuidados paliativos, que visam não apenas o controle de sintomas físicos, mas também o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Além disso, a interdisciplinaridade nas conferências familiares promoveu uma distribuição ética das responsabilidades. Ao compartilhar informações e refletir coletivamente sobre as opções de cuidado, a equipe multiprofissional reduziu a sobrecarga decisória sobre o médico e fortaleceu o caráter colaborativo do processo deliberativo. Essa prática contribui para a prevenção de conflitos, o aprimoramento da comunicação e a coesão interna do grupo assistencial.

De acordo com Araújo et al. (2021), a interdisciplinaridade em cuidados paliativos amplia a capacidade de resposta às demandas complexas e imprevisíveis do fim da vida, favorecendo decisões mais justas e ajustadas ao contexto de cada paciente. No presente estudo, essa integração mostrou-se particularmente relevante nos casos em que havia divergências entre familiares sobre o curso do tratamento ou dificuldade de aceitação do prognóstico. A escuta

II Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos Conecup

10.71248/9786583818171-12

coordenada e o suporte emocional oferecido pelos diferentes profissionais atuaram como mediadores de consenso e instrumentos de cuidado em si mesmos.

Por fim, cabe destacar que a efetividade da prática interdisciplinar depende de ambientes institucionais que valorizem o diálogo e a corresponsabilidade. A criação de espaços formais de reunião, supervisão e educação permanente fortalece a atuação integrada das equipes e consolida a conferência familiar como um núcleo ético-pedagógico dentro dos cuidados paliativos: um lugar onde não apenas se tomam decisões, mas também se aprendem e se constroem, coletivamente, novas formas de cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo ao analisar o papel da conferência familiar como ferramenta ética e humanizadora na prática dos cuidados paliativos hospitalares. A reflexão desenvolvida permitiu compreender como essa estratégia amplia o horizonte das decisões clínicas, articulando princípios bioéticos, escuta ativa e valorização das relações humanas no contexto do sofrimento e da terminalidade.

Ao promover um espaço deliberativo que integra diferentes perspectivas, clínicas, emocionais, culturais e espirituais, a conferência familiar evidencia seu potencial como instrumento de construção de sentido e corresponsabilidade no cuidado. Não se trata apenas de uma técnica comunicacional, mas de uma prática ética que reafirma o compromisso com a dignidade e a autonomia relacional do paciente.

Diante disso, recomenda-se que instituições hospitalares incorporem formalmente essa ferramenta como parte das diretrizes assistenciais em cuidados paliativos, com investimento contínuo na qualificação das equipes em temas como bioética clínica, comunicação interpessoal e tomada de decisão compartilhada.

Conclui-se que a conferência familiar, quando devidamente conduzida, representa um elo essencial entre ciência e sensibilidade, consolidando uma abordagem de cuidado centrada na pessoa, pautada pelo respeito, pelo diálogo e pela prudência moral frente à complexidade da vida humana em seus limites.

REFERÊNCIAS

10.71248/9786583818171-12

BACK, A. L.; TULSKY, J. A.; ARNOLD, R. M. Communication skills in the age of COVID-19. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 172, n. 11, p. 759-760, 2019.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar: Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

FORTES, P. A. C. et al. Bioética clínica, comunicação e tomada de decisão no fim da vida. Revista Bioética, Brasília, v. 32, n. 1, p. 45-54, 2024.

GLAJCHEN, M. et al. Family meetings in palliative care: clinical, ethical and communicational dimensions. Journal of Palliative Medicine, New Rochelle, v. 25, n. 3, p. 394-400, 2022.

GRACIA, D. Deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Cuidados paliativos oncológicos: diretrizes para a prática clínica. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Palliative care. Geneva: WHO, 2020.

TAHMASEBI, S. Relational autonomy in end-of-life decision-making. Bioethics, Oxford, v. 37, n. 2, p. 120-128, 2023.

TWYCROSS, R.; WILCOCK, A.; HOWARD, P. Palliative care formulary. 7. ed. Nottingham: Palliativedrugs.com, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva: WHO, 2018.