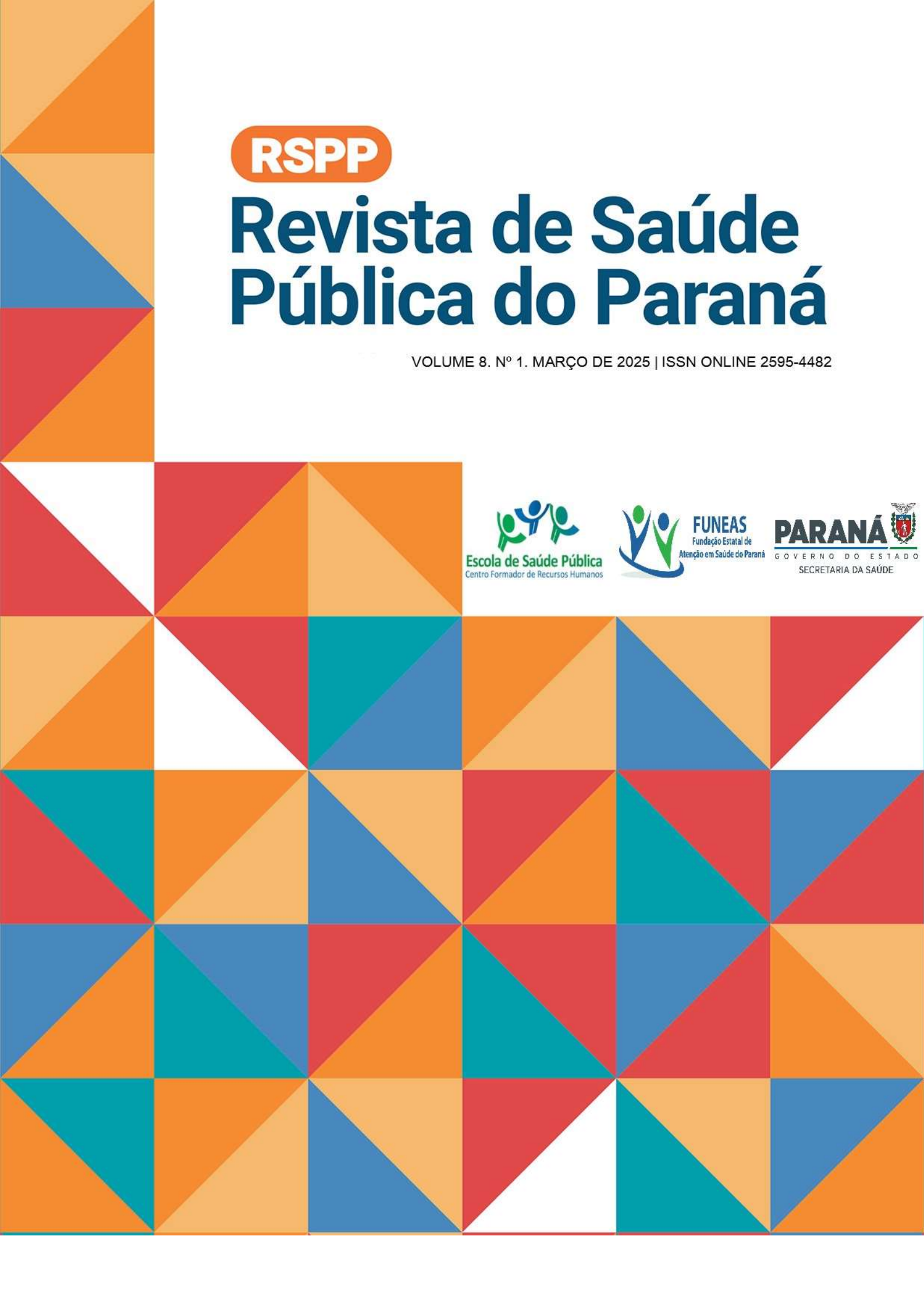




RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 8. Nº 1. MARÇO DE 2025 | ISSN ONLINE 2595-4482



2025 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 - Tarumã CEP:82821-016 - Curitiba - PR

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

ISSN ONLINE 2595-4482 | ISSN IMPRESSO 2595-4474

Publicação trimestral (Fluxo Contínuo)

Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

CLASSIFICAÇÃO **B4 QUALIS/CAPES/2017-2020** em 11 áreas: Educação, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. v. 8, n.1 (jan./mar. 2025). Curitiba: SESA, 2025.

il. color. PDF

Trimestral

ISSN 2595-4482 Online

ISSN 2595-4474 Impresso

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde.
Escola de Saúde Pública do Paraná. II. Título

CDD 614.098162

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

EDITOR CHEFE Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) **COMISSÃO EDITORIAL** Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP), Priscila Meyenberg Cunha Sade (ESPP); Solange Rothbarth Bara (ESPP)
EDITORA EXECUTIVA Elaine Cristina Itner Voidelo (ESPP)



Associada à:

OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO(S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA.

Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.8, n.1, março de 2025

Agradecemos a todos os avaliadores participantes.
Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

Alessandra Andréa da Silva Tetzlaff. <https://orcid.org/0000-0002-0805-5183>

Angela Aparecida Peters. <https://orcid.org/0000-0002-0363-8371>

Bruna Brasil Rodrigues Furtado. <https://orcid.org/0000-0001-6634-957X>

Cely Carolyne Pontes Morcerf. <https://orcid.org/0000-0002-8443-1806>

Darcieli Ramos. <https://orcid.org/0000-0003-1469-4202>

Débora Driemeyer Wilbert. <https://orcid.org/0000-0003-1485-8473>

Flávio Délio Versali. <https://orcid.org/0000-0002-1491-831X>

Jackeline Lourenço Aristides. <https://orcid.org/0000-0003-2982-2705>

Jefferson Wildes Silva Moura. <https://orcid.org/0000-0002-7192-1099>

Maria Helena do Nascimento. <https://orcid.org/0000-0002-8385-6810>

Mariana Ferreira Garcia Falcão. <https://orcid.org/0000-0002-8618-4546>

Patrícia Maria Flores Ferman. <https://orcid.org/0000-0003-1239-5831>

Rosangela Ziggioni de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-7789-1719>

William Augusto Gomes de Oliveira Bellani. <https://orcid.org/0000-0002-1429-616X>

Wuelison Lelis de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-8596-4586>

Equipe Editorial
Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Percepções femininas no enfrentamento do câncer de mama

Female perceptions in coping with breast cancer

Géssica Tuani Teixeira¹, Andriele Karine Fernandes², Gabrieli Valendorff³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4479-1452>. Enfermeira (UNIPAR 2009/2013), Mestre em Ciências aplicadas à Saúde (UNIOESTE 2019/2021) Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: gessicateixeira@prof.unipar.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3536-1833>. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: andriele.f@edu.unipar.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7355-1186>. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: g.valendorff@edu.unipar.br

RESUMO

Objetivou-se identificar as percepções das mulheres com câncer de mama. Trata-se de pesquisa de campo exploratória, descritiva, transversal e qualitativa, realizada por meio entrevista, abordando 11 mulheres em tratamento de câncer de mama. Observou-se mulheres com idade média de 55 anos, mães, católicas, brancas, casadas, com ensino médio e fundamental completo, agricultoras e residentes na área urbana. Quanto ao histórico hormonal e obstétrico, analisou-se menarca em média aos 13,8 e menopausa aos 46,5 anos e com histórico de câncer familiar. O câncer de mama impactou as vidas de maneira holística, afetando os aspectos emocionais, sociais, psicológicos e físicos. A resiliência, muitas vezes, gera nova perspectiva de vida e valorização da saúde e dos vínculos familiares. Já o apoio mútuo que compartilham ao viver esta experiência é essencial para o fortalecimento emocional.

DESCRIPTORES: Espiritualidade. Comportamento. Neoplasias. Fragilidade.

ABSTRACT

The objective was to identify the perceptions of women with breast cancer. This is exploratory, descriptive, cross-sectional and qualitative field research, carried out through interviews, approaching 11 women undergoing breast cancer treatment. We observed women with an average age of 55 years, mothers, white, married, with complete secondary and primary education, farmers, Catholics and residents of urban areas. Regarding hormonal and obstetric history, menarche was analyzed at an average of 13.8 years and menopause at 46.5 years and with a family history of cancer. Breast cancer has impacted lives holistically, affecting emotional, social, psychological and physical aspects. Resilience often generates a new perspective on life and appreciation for health and family ties. The mutual support they share while living this experience is essential for emotional strengthening.

DESCRIPTORS: Spirituality. Behavior. Neoplasm. Fragility.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado pelo crescimento descontrolado e anormal de células, com potencial metastático no corpo humano. Essas células cancerosas, com a capacidade de invadir tecidos e órgãos, estendem sua influência para além das fronteiras, afetando a saúde do organismo como um todo. O câncer de mama, em particular, permanece como uma das principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo, criando não apenas um desafio médico, como também obstáculos emocional, físico e social¹.

A neoplasia mamária está associada a diversos fatores de risco, descritos como hormonais: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade e uso de terapia de reposição hormonal; ambientais: exposição à agrotóxicos; comportamentais, como sedentarismo e obesidade, além de histórico familiar, principalmente quanto à mutação de genes como BRCA 1 e 2².

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)³, o Brasil registrou, em 2020, cerca de 66.280 novos casos de câncer de mama. Na Região Sul, esta estimativa fica em torno de 10.970 mil, no estado do Paraná, este número pode chegar a 3.470.

Considerado grande problema de saúde pública mundial, o câncer de mama apresenta bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado de forma oportuna, contudo, a taxa de mortalidade no Brasil permanece elevada, correspondendo a 13,68/100.000 casos, possivelmente porque está associada ao diagnóstico tardio e em estágios mais avançados⁴.

Ao lidar com essa realidade, as pacientes se veem confrontadas com tratamentos invasivos, dolorosos e, por vezes, desagradáveis, seja no contexto físico ou emocional. As estatísticas revelam a magnitude do impacto, sendo o câncer de mama a principal causa de morte na população feminina no Brasil, especialmente entre mulheres de 40 a 69 anos. Essa condição, aliada aos procedimentos médicos exigentes, muitas vezes, impõe um período considerável de internamento ou deslocamento ao hospital, aprofundando as complexidades da jornada de quem enfrenta o diagnóstico¹.

Abordar este tema tem sido historicamente uma tarefa desafiadora, dado que ele aborda questões que vão além do domínio físico, penetrando nas profundezas da existência humana. O termo "câncer" não apenas denota condição médica, como

também carrega peso emocional significativo, que evoca reflexões sobre a finitude da vida⁵.

Nesse cenário desafiador, algumas vivências emergem como aliadas na busca por alívio da ansiedade e medo⁶. Diante dessas nuances, a pergunta norteadora deste trabalho foi: quais as percepções das mulheres no decurso do tratamento do câncer de mama? Assim, objetivou-se reconhecer as percepções femininas no enfrentamento do câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de campo, descritiva, de caráter qualitativo, realizada com uso de questionário aberto, elaborado pelas pesquisadoras e aplicado por meio de entrevista. O estudo foi desenvolvido em instituição voluntária, especializada em câncer, em município do Sudoeste do Paraná, Brasil. A organização não governamental presta auxílio social para pacientes com diferentes tipos de câncer vindos da região para tratamento quimioterápico no município, abrangendo 28 cidades da Região Sudoeste, oferecendo refeições, suporte psicológico, rodas de conversa, oficinas de terapias e perucas.

A coleta de dados buscou mulheres que se encontravam em tratamento oncológico para câncer de mama a mais de um ano, frequentadoras da instituição de apoio no período de coleta de dados, ocorridos entre 26 de junho e 13 de agosto de 2024 sendo a amostragem não probabilística, por conveniência, totalizando 11 participantes. As pesquisadoras aplicaram as entrevistas, as quais foram gravadas utilizando dispositivo eletrônico, durante a interação com as participantes. No início do processo, foram solicitadas informações sociodemográficas: idade, raça, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, idade da menarca e menopausa, além de histórico de câncer na família, amamentação e exposição a agrotóxicos.

O questionário também abordava perguntas abertas, que buscavam avaliar as vivências das mulheres com câncer de mama, como:

Ao receber o diagnóstico, como você se sentiu emocionalmente?

Quais foram os maiores desafios que você enfrentou durante o tratamento?

E, quais as experiências mais marcantes?

O que considera ter ajudado você neste momento?

Julga a fé importante?

Como a espiritualidade esteve presente neste momento da sua vida?

Você considera que esta experiência gerou mudanças no seu modo de ver a vida? E, se sim, de que maneira?

Após as aprovações e a obtenção de consentimento escrito, as mulheres que concordaram em participar da pesquisa foram destinadas para uma sala reservada e adequada para tal. Durante as entrevistas, utilizou-se de dispositivo eletrônico para gravação das respostas e, posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as gravações destruídas. As participantes da pesquisa foram identificadas de forma alternada por números (1, 2 etc.) e as informações obtidas foram tratadas de forma estritamente confidencial e todos os preceitos éticos foram atendidos.

Após o reconhecimento dos dados, aplicou-se análise conforme ferramenta⁷, de modo qualitativo, com a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com a interpretação, análise de conteúdo e, posteriormente, apresentadas em três categorias: Sentimentos do diagnóstico; Aprendizado do câncer de mama; e Lições da jornada.

O presente estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEPEH), conforme parecer 6.850.353 e Certificado de Apresentação da Apreciação Ética (CAAE) 79460424.8.0000.0109. Adotaram-se os princípios éticos envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Constituíram a amostra 11 mulheres em tratamento a mais de um ano para câncer de mama. Neste público, observou-se participantes brancas, católicas, mães e com variação de idade de 36 a 68 anos e média de 55,9 anos, casadas e nível de escolaridade com ensino fundamental, agricultoras. Quando investigadas sobre o histórico hormonal, verificou-se que a menarca ocorreu em média, aos 13,8 anos e a menopausa obteve média de 46,5 anos. Sobre o histórico familiar de cânceres, mais da metade responderam positivamente, com destaque para câncer de mama, pulmão, próstata, útero, intestino, e em familiares como mãe, pai, tios e avós.

Por fim, ao serem questionadas sobre o histórico familiar de cânceres, mais da metade responderam positivamente, com destaque para: câncer de mama, de garganta, pulmão, próstata, útero, intestino, em familiares como mãe, pai, tios e avós.

Após análise dos discursos individuais, as respostas foram categorizadas em três temáticas: Sentimentos do diagnóstico, Aprendizado do câncer de mama e Lições da jornada.

Sentimentos do diagnóstico

As entrevistadas relataram uma gama de respostas emocionais, ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. A tristeza, o choque e a sensação de desamparo foram experiências frequentes. Muitas experimentaram período inicial de angústia, seguido por um processo de aceitação e adaptação. Essa resposta emocional é compreensível, dado o impacto significativo e inesperado de um diagnóstico de câncer. A capacidade de manter a calma ou buscar apoio espiritual, como a fé em Deus, parece ter desempenhado papel crucial na superação do choque inicial.

Os desafios relatados durante o tratamento foram variados. A mudança física, a distância para realização do tratamento e os efeitos colaterais das quimioterapias foram recorrentes. A perda de cabelo, em particular, foi um ponto de impacto expressivo para todas, afetando a autoestima e a percepção de si mesmas. Já a distância para os tratamentos, especialmente em áreas rurais, destacou-se como desafio logístico importante, afetando não apenas a rotina diária, como também o bem-estar das pacientes.

Quando avaliados os efeitos colaterais das quimioterapias, como enjoos e fadiga, estes foram descritos como extremamente difíceis de enfrentar, uma vez que sintomas físicos frequentemente levam a um desgaste global, inferindo na recuperação. A experiência de efeitos colaterais intensos, como descrito por algumas participantes, pode ser fonte adicional de estresse e ansiedade.

Aprendizado do câncer de mama

A saúde mental após o tratamento foi, geralmente, relatada como positiva, embora algumas pacientes ainda enfrentem desafios. A adaptação às mudanças físicas e emocionais, assim como a manutenção de uma perspectiva positiva, são

aspectos importantes. A fé e o suporte familiar foram frequentemente mencionados como fontes de força, durante o tratamento. Assim, a participação em acompanhamento psicológico e o apoio contínuo foram estratégias comuns usadas para lidar com o impacto emocional a longo prazo.

Questões existenciais, como o medo da recorrência do câncer e a incerteza sobre o futuro, foram abordadas de diferentes maneiras. Parte considerável da amostra expressou preocupações sobre a possibilidade de retorno da doença, especialmente considerando o tempo decorrido desde o tratamento inicial. No entanto, a maioria não demonstrou medo da morte, optando por se concentrar na luta diária e na esperança de recuperação.

No que consiste à falta de medo da morte, em alguns relatos, pode-se refletir da adaptação positiva ao diagnóstico e tratamento, uma vez que a aceitação e a espiritualidade desempenham papéis importantes. Em contraste, outras expressaram medos mais intensos, destacando a necessidade de suporte emocional adicional e estratégias de enfrentamento eficazes.

Lições da jornada

As recomendações das entrevistadas para aqueles que enfrentam diagnóstico de câncer de mama incluem a importância de manter a fé, seguir as orientações médicas e enfrentar cada dia com coragem. A necessidade de seguir as orientações médicas e evitar tratamentos alternativos não comprovados foi enfatizada, refletindo preocupação com a eficácia e segurança dos métodos de tratamento. Além disso, a resiliência e a esperança são temas centrais nos conselhos dados, sugerindo que manter uma atitude positiva e buscar apoio adequado são essenciais para lidar com a doença.

DISCUSSÃO

Ao considerar como um dos maiores desafios da saúde pública global, o câncer representa a segunda causa de morte por doença no país. Já entre os cânceres que atingem as mulheres, o de mama está em primeiro lugar e, devido às taxas elevadas de acometimento e mortalidade, é muito temido pelas mulheres, pois, além dos transtornos da doença, traz consigo efeitos psicológicos negativos em múltiplas

facetar⁸. No Brasil, a doença corresponde a 56/100.000 habitantes, ao passo que na Região Sul, há incidência de 73 casos a cada 100 mil habitantes⁹.

No quesito perfil epidemiológico, este estudo evidenciou mulheres brancas (54,5%) e com média de idade de 55,9 anos, dados inferiores, quando comparados ao estudo¹⁰, realizando em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, com média de idade de 64 anos, e igualmente indicando maior prevalência de raça branca, justificada a descendência europeia em ambas as regiões.

Quanto à incidência de câncer de mama em relação ao estado conjugal, a presente pesquisa aponta que 54,5% da amostra tinha companheiro, o que corrobora estudo¹¹ realizado em Cascavel, no Paraná, em que 60% da amostra era casada. Ao reconhecer que relações sociais são relevantes em diversos aspectos da vida humana, numerosos estudos abordam a associação entre estado conjugal e o estágio do câncer de mama, tanto no diagnóstico como no prognóstico da doença, e inferem maior incidência de câncer de mama em pessoas solteiras, percebendo, ainda, associação entre a presença de apoio de familiares e amigos e melhor adesão ao tratamento de pessoas que possuem relacionamentos fixos e duradouros.

Referente à escolaridade das pacientes, verificou-se, nesta pesquisa, que ensino fundamental e médio obtiveram destaque (36,4%), contrariamente a e outro estudo¹¹ que indicou que 25,8% das mulheres com câncer de mama não concluíram o ensino fundamental. Diante disso, espera-se que mulheres com maior nível de instrução possuam maiores oportunidades e, assim, maior facilidade de identificar o câncer de mama precocemente.

Nesse contexto, pode-se observar diversos fatores de risco para o câncer de mama, dentre eles, os fatores ambientais e genéticos. A presente amostra indicou histórico familiar de cânceres positivos para mais da metade (54,5%). Ao considerar que o histórico familiar da doença pode indicar predisposição genética de 5% a 10%, reforça-se a relação com a prevenção secundária da doença, uma vez que sugere que ao possuir um familiar com câncer de mama, conheçam-se os fatores de risco dela.

Ainda, é válido destacar em relação aos agrotóxicos, que seus efeitos podem ser potencializados se somados a outros fatores de risco como dieta rica em gorduras, consumo exagerado de álcool e cigarro além de fatores biológicos, como o próprio envelhecimento. Ressalta-se que a exposição crônica e o início dos sintomas clínicos dificultam o estabelecimento causal entre exposição aos agrotóxicos e o câncer,

devido à etiologia multifatorial. Deste modo, a utilização de vários componentes ativos de substâncias químicas tóxicas aplicadas na agricultura, associada a exposição prolongada podem ser promotores dessa neoplasia¹².

Sentimentos do diagnóstico

Quando avaliadas os sentimentos vivenciados pelas pacientes durante o tratamento da neoplasia mamária, a presente pesquisa observou que a maioria das entrevistadas experimentaram as mesmas sensações após o diagnóstico: ansiedade, tristeza, choque e sensação de desamparo, perpassando por um período inicial de angústia, seguida do processo de adaptação e aceitação e, ainda, relataram que os maiores desafios foram principalmente as mudanças físicas, como a retirada da mama e a perda dos cabelos.

Sem chão...bem mal mesmo “(...) mas o pior foi quando eu perdi o cabelo e quando tirei a mama. (P2)

Eu não senti nada, tipo paralisei...tipo, não acreditei, não acreditei, porque ninguém tá esperando né? A gente não tá esperando por isso né? É com o tempo que você vai assimilando né? E, pra mim o maior desafio foi perder o cabelo, e o resto foi tudo fichinha, mais a perda do cabelo...(P4)

Caiu meu chão o dia que o médico me disse que eu tinha o câncer (...) daí comecei chora, minha filha tava junto, daí é aquela tristeza né que dá na gente né? (P7)

Aí, eu fiquei muito abalada, bastante. (P8)

O período inicial de angústia, seguido pelo processo de adaptação e facilidades, revela trajetória emocional complexa. Muitos pacientes relatam que, embora a angústia inicial seja intensa, com o tempo eles conseguem encontrar formas de lidar com a situação, o que pode ser um sinal de resiliência. Os desafios relacionados à mudança física, como a mastectomia e a perda dos cabelos, também são temas recorrentes. Essas transformações não afetam apenas a autoimagem, mas também podem impactar a identidade da mulher e sua percepção de feminilidade. A liberdade dessas mudanças é um processo que varia de mulher para mulher, e muitos relacionam que o apoio emocional e a empatia de outros são cruciais¹³.

Aprendizado com o câncer de mama

O aprendizado sobre o câncer de mama, por sua vez, vai além do conhecimento médico, abrange compreensão maior e mais profunda sobre a importância da detecção precoce, da prevenção e do cuidado contínuo. A conscientização sobre a doença promove o entendimento de que o câncer de mama não atinge apenas o corpo, mas também a mente e as emoções, ensinando, assim, as pacientes, novas formas de enfrentarem a doença.

...como posso dizer, foi mais uma fase assim na minha vida que eu passei por cima, passei por cima do problema de saúde. (P2)

... pensando lutando, que só com a esperança que vai da tudo certo pro melhor, cada dia vivido melhor! (P6)

A redefinição de valores é um aspecto crucial desse processo. O câncer pode forçar as mulheres a avaliarem o que realmente importa, resultando em mudança nas prioridades e na maneira como elas se relacionam com o mundo. Tal experiência incentiva maior cuidado com a saúde, investimento em relacionamentos significativos e na busca de novas oportunidades, como hobbies ou até mesmo mudanças de carreira¹⁴.

Além disso, o câncer de mama, frequentemente, provoca reavaliação dos valores pessoais e da perspectiva de vida. Muitas mulheres revelam o desejo de viver de forma autêntica, priorizando o autocuidado e as interações relevantes. Essa mudança de valores resulta em busca por um estilo de vida mais saudável, que inclui a adoção de hábitos alimentares adequados e a prática de atividades físicas, essenciais tanto para a recuperação quanto para a prevenção.

No que diz respeito às experiências relacionadas ao câncer, a literatura indica que além dos aspectos físicos, como dor e mutilações, as mulheres enfrentam impacto psicológico intenso, resultando em uma gama de sentimentos que variam em intensidade e natureza, incluindo medo, incerteza, angústia, ansiedade, desespero, abalo e preocupação. A palavra câncer carrega estigma poderoso, uma vez que é rapidamente associada à morte. Já o câncer de mama, afeta aspectos sexuais, de feminilidade e identidade da mulher¹.

Neste contexto, a resiliência se manifesta como resposta crucial durante o tratamento do câncer. As mulheres encontram formas de adaptarem-se e superar os

desafios impostos pela doença. A resiliência pode ser reforçada por redes de apoio, como familiares, amigos e grupos de suporte, uma vez que essas interações sociais promovem ambiente de compartilhamento e compreensão, vital para enfrentar a adversidade. Além disso, a fé e a espiritualidade desempenham papel significativo na construção da resiliência, proporcionando esperança e força emocional durante o tratamento.

O apoio social é outro aspecto central do aprendizado com o câncer de mama. Mulheres que se sentem apoiadas emocionalmente tendem a relatar melhores resultados psicológicos e adesão mais significativa ao tratamento. Assim, o suporte de amigos e familiares, bem como a participação em grupos de apoio, contribui no processamento das emoções, crucial para o enfrentamento da doença.

As evidências mostram que aqueles que se sentem mais abastecidos emocionalmente, tendem a relatar melhores resultados psicológicos, o que se traduz em maior qualidade de vida. Estudo¹⁵ realizado em um núcleo de ensino, pesquisa e assistência multidisciplinar e público, voltado à reabilitação de mulheres com câncer de mama de São Paulo, reforça que o câncer pode ser uma experiência isolante, e a capacidade de compartilhar emoções e experiências com outras pessoas que entendem a situação podem ser extremamente benéficas.

Lições da jornada

O diagnóstico de câncer de mama traz à tona medos e inseguranças, que podem ser debilitantes. Muitas mulheres relatam medo constante da recorrência da doença, o que pode influenciar negativamente na qualidade de vida. Entretanto, esse medo pode motivar ações preventivas e maior conscientização sobre a saúde. As estratégias de enfrentamento que incluem a aceitação dos sentimentos de medo e a busca de suporte psicológico, fundamentais para lidar com essa realidade.

Ah, eu sempre penso pra frente, eu quero cuidar, criar meus fios, que tenho dois pequeno, que Deus me dê força e de coragem pra enfrentar, pra frente. (P8)

... vou lutar até o final porque eu tive uma filha com deficiência, com paralisia cerebral e ela faleceu quando eu comecei a fazer o tratamento do câncer, então, uma coisa que também me animou para mim não desanimar de mim mesmo! (P5)

As redes de apoio desempenham papel importante na construção dessa resiliência. Famílias e amigos oferecem práticas cotidianas que ajudam as pacientes a se sentirem menos isoladas. Os grupos de suporte são especialmente importantes, pois proporcionam espaço seguro, permitindo o compartilhamento de experiências, medos e conquistas. Essa troca não somente fortalece os laços sociais, como também cria senso de comunidade que pode ser extremamente encorajador¹⁶.

Neste cenário, durante o tratamento, algumas experiências religiosas e espirituais se tornam fonte de força para as mulheres que enfrentam o câncer de mama, cuja presença não apenas alivia o fardo emocional, como também se revela como catalisador que aprimora a eficácia do tratamento, uma vez que a doença é frequentemente permeada pelos sentimentos de insegurança, negação, ansiedade, medo e, por vezes, depressão¹⁷.

Por isso, além das interações sociais, a fé e a espiritualidade emergem como fontes importantes de resiliência. Para muitas mulheres, a espiritualidade oferece senso de propósito e esperança que pode ser reconfortante em momentos de incerteza. Essa conexão pode variar desde práticas religiosas formais até uma crença mais pessoal em algo maior, proporcionando alicerce emocional que ajuda a enfrentar os desafios do tratamento.

O diagnóstico de câncer de mama desencadeia uma série de sentimentos que podem afetar profundamente a qualidade de vida das mulheres. Contudo, é possível identificar maior consciência sobre a saúde após o diagnóstico. Muitas mulheres se tornam mais atentas às práticas de autocuidado como alimentação saudável, exercícios físicos e exames regulares. Deste modo, tal proatividade pode ser vista como forma de empoderamento, modificando o medo em motivação para adotar um estilo de vida que favoreça a saúde e o bem-estar¹⁸.

Em suma, o aprendizado que as mulheres adquirem com o câncer de mama é multifacetado, envolvendo crescimento pessoal, redefinição de valores, construção de resiliência, importância do apoio social e enfrentamento de medos. Esses aspectos não apenas ajudam as pacientes a lidarem com a doença, como também proporcionam nova perspectiva sobre a vida e as prioridades. A incorporação de estratégias que promovam o aprendizado e o suporte emocional deve ser considerada nas práticas de cuidado, visando melhoria da qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Essa abordagem enfatiza a capacidade de

adaptação e superação das pacientes, além de destacar a importância de uma rede de apoio forte e recursos adequados para o enfrentamento do câncer.

CONCLUSÃO

O câncer de mama é uma das doenças mais prevalentes entre as mulheres no Brasil e no mundo, e, portanto, compreender as vivências dessas mulheres é fundamental para promover cuidado mais humanizado e eficaz. Este trabalho buscou investigar as experiências de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, enfocando os aspectos emocionais, sociais, psicológicos e físicos que permeiam o processo de enfrentamento da doença.

Foi possível observar que a doença não afeta apenas o corpo físico das mulheres, mas impacta profundamente as vidas delas de maneira holística. A jornada do diagnóstico, o tratamento e a recuperação ou convivência com a doença envolvem desafios imensos, que incluem o medo, a dor, a perda de identidade e o estigma social. Além disso, muitos relatos apontaram a necessidade de apoio psicológico e social, destacando a importância da rede de suporte familiar, de amigos e dos profissionais de saúde.

Destaca-se a resiliência dessas mulheres diante da adversidade. A luta contra o câncer de mama, muitas vezes, despertou nelas uma nova perspectiva de vida, maior valorização da saúde e da convivência com a família, e a busca por uma nova identidade pós-tratamento. A solidariedade entre mulheres que compartilham da mesma experiência se mostrou fator essencial no enfrentamento, criando espaços de apoio mútuo e fortalecimento emocional.

Assim, evidencia-se a importância de acompanhamento multidisciplinar que considere não apenas os aspectos físicos do tratamento, como também o impacto emocional e psicológico da doença. A atenção à saúde mental dessas mulheres, o acolhimento adequado durante o processo de tratamento e a orientação para reintegração social são elementos cruciais para o bem-estar geral das pacientes.

Por fim, sugere-se que, para além do tratamento clínico, é necessário repensar as políticas de saúde e os cuidados voltados para a mulher com câncer de mama, de modo a promover ambiente mais inclusivo, sensível e atento às necessidades emocionais e sociais. A conscientização e a educação sobre a doença também desempenham papel fundamental na redução do estigma e no empoderamento das mulheres, contribuindo para abordagem mais integrativa e positiva no enfrentamento do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Silva LC. Câncer de Mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. In: Psicologia em Estudo, v. 12, n. 2, abr/jun, Maringá, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Nt9QhBh3Z6T9pY8hRTgQVjQ/> . Acesso em: 01 de abril de 2023.
2. Rodrigues AMM. Identificação da mulher com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama: Revisão sistemática da literatura. Coleciona SUS, pg 8 e 9, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1416485/tcc-andressa-maria-rodrigues.pdf> Acesso em: 15 de março de 2024.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2020). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2024.
4. Sousa SMMT. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. Saúde em Debate, v. 43, n. 122, p. 727–741, set. 2019.
5. Bellini L. Notas sobre representação do corpo e cultura médica no Portugal Moderno. In: Caderno CRH, nº 24, vol. 61, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/jWWLL8h3shq5knQv3QPwBny/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 01 de abril de 2023.
6. Angerani VA. Gaspar, KC. A subjetivação do Câncer. In: CAMON-ANGERAMI. Psicologia e Câncer. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2019. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1616> . Acesso em: 01 de abril de 2023.
7. Marques TCS, Pucci SHM. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. Psicologia USP, 2021, v. 32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/pGzGCr8NWGr6sMVg8fmz9VL/> . Acesso em: 18 de maio de 2023.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução de: L'Analyse de Contenu.
9. Campos AA, Lima C, Gomes LF, Faria PC, Albanezi DF. Análise do perfil epidemiológico das mulheres com câncer de mama atendidas na cidade de Cuiabá. Connectionline n.31, 2024. Disponível em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/2511> . Acesso em: 25 de novembro de 2024.
10. Pasqualini et al., Perfil das pacientes com câncer de mama atendidas em um serviço de referência da Serra Catarinense. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.1, p.11463-11474 jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23995> . Acesso em: 25 de novembro de 2024.
11. Ribeiro M, Fortes VLF. Perfil de mulheres com câncer de mama nos anos de 2009 e 2019: análise comparativa. Revista Ciência & Humanização do Hospital de

- Clínicas de Passo Fundo - RECHHC. v. 1, n. 2, p. 80-95, Julho - Dezembro, 2021. Disponível em: <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/50> . Acesso em: 25 de novembro de 2024.
12. Arruda MEB, Gomes DS, Hubie APS. Análise retrospectiva do perfil epidemiológico de pacientes femininas com câncer de mama no município de Cascavel – Paraná entre 2010 e 2020. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01-21, Setembro./Outubro., 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/73157> . Acesso em: 25 de novembro de 2024.
 13. Paiva ACPC, Elias EA, Souza IEO, Moreira MC, De Melo MCSC, Amorim TV. Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher que vivencia linfedema decorrente do tratamento de câncer de mama. Esc. Anna Nery, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/SqGjJP5qW3rHK7r4f8mZCCx/?lang=pt#> Acesso em: 30 de outubro de 2024.
 14. Magalhães PAP, De Loyola EAC, Dupas G, Borges ML, Paterra TSV, Panobianco MS. O significado das atividades laborais para mulheres jovens com neoplasias da mama. Texto contexto Enfer. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Ntq7Hjhx7D8HTsvXVFXBZD/?lang=pt#> Acesso em: 30 de outubro de 2024.
 15. Souza C, Santos MA. Significados Atribuídos por Mulheres com Câncer de Mama ao Grupo de Apoio. Psicologia. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/vZDsPy85KgYwpxnmzxzNMMw/?lang=pt#> Acesso em: 31 de outubro de 2024
 16. Maroun PS, Gomes R, Silva A. Representações culturais do câncer de mama: uma revisão de escopo. Ciênc. saúde coletiva. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kGVfmKjDjDXc3kGB6cK8NxS/?lang=pt#> Acesso em: 31 de outubro de 2024.
 17. Brandes S, Kemczenski ACT, Niespodzinski AP, Souza AIACM, Barbier G, Silva JC, Lima HN. Espiritualidade e dor em pacientes com câncer de mama metastático. Rev. Bioét, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/jDVDpRxG6BqVdHgvy5W5HqN/?lang=pt#> Acesso em: 31 de outubro de 2024.

RECEBIDO: 29/11/2024
APROVADO: 03/02/2025

Perfil clínico de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade em um ambulatório de endocrinologia

Clinical profile of overweight and obesity patients in an endocrinology outpatient

Jean de Souza Moreira¹, Lalucha Mazzucchetti², Thais Ceresér Vilela³

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3114-4124>. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Catarina, Tubarão-SC, Brasil.
E-mail: jeansouza_m@outlook.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9649-5727>. Nutricionista. Doutora em Ciências-Saúde Coletiva. Universidade de Santa Catarina, Tubarão-SC, Brasil.
E-mail: lalucha@terra.com.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2986-1715>. Professora do curso de Medicina. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade de Santa Catarina, Tubarão-SC, Brasil.
E-mail: vilelacthais@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade de Santa Catarina. O estudo é transversal, com dados dos prontuários de pacientes atendidos entre 2020 a 2021. As principais categorias de excesso de peso encontradas foram sobrepeso (44,90%; n=22) e obesidade grau I (28,57%; n=14). Os dados indicaram que 55,10% dos indivíduos eram obesos, com uma prevalência estatisticamente maior de hipertensão arterial entre os obesos (88,89%) e de hipotireoidismo entre os pacientes com sobrepeso (45,45%). A amostra consistiu predominantemente de mulheres (73,47%), sendo 62,27% com histórico de Covid-19 e 67,35% com diabetes mellitus. Os pacientes obesos apresentaram média maior de idade (63,67 anos), peso (88,23 Kg) e índice de massa corporal (35,30 Kg/m²) em comparação aos pacientes com sobrepeso. Esses achados ressaltam a necessidade de intervenções específicas e acompanhamento clínico para esse grupo de pacientes.

DESCRITORES: Obesidade. Sobrepeso. Observações clínicas.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the clinical profile of patients with overweight and obesity in an endocrinology outpatient clinic at a university in Santa Catarina. The study is cross-sectional, based on data from patient records from 2020 to 2021. The main categories of excess weight found were overweight (44.90%; n=22) and class I obesity (28.57%; n=14). The data indicated that 55.10% of individuals were obese, with a statistically higher prevalence of hypertension among the obese (88.89%) and hypothyroidism among overweight patients (45.45%). The sample predominantly consisted of women (73.47%), with 62.27% having a history of Covid-19 and 67.35% having diabetes mellitus. Obese patients had a higher average age (63.67 years), weight (88.23 kg), and body mass index (35.30 kg/m²) compared to overweight patients. These findings highlight the need for specific interventions and clinical follow-up for this patient group.

DESCRIPTORS: Obesity. Overweight. Clinical Observations.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pela deposição de gordura corporal. No Brasil, segundo dados do IBGE, existem 27 milhões de indivíduos portadores de obesidades e 75 milhões se somados os que estão em sobrepeso. Nesse ínterim, a obesidade pode ser diagnosticada através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), em que se divide o peso (em Kg) do paciente pela sua altura (em metros) elevada ao quadrado. O padrão utilizado e estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente aos resultados, infere que entre 18,5 e 24,9 kg/m² o peso é considerado normal, entre 25,0 e 29,9 kg/m² está com sobrepeso, e acima deste valor, o indivíduo é considerado portador de obesidade¹.

Dessa forma, observando-se a magnitude do excesso de peso a partir do cálculo do IMC, podemos classificar o grau de obesidade do paciente em leve ou classe 1 – (IMC 30 a 34,9 kg/m²), moderada ou classe 2 – (IMC 35 a 39,9 kg/m²) e grave/mórbida ou classe 3 – (IMC $\geq$ 40 kg/m²), sendo importante na escolha do tipo de tratamento, direcionando para o clínico ou cirúrgico. A obesidade é fator de risco para uma série de doenças, haja vista que o portador de obesidade possui maior propensão a desenvolver hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, entre outros, além de acarretar consequências psicológicas à autoestima o que pode culminar até para quadros depressivos².

Neste cenário, o ganho ponderal influenciou diretamente na saúde metabólica dos indivíduos, além de ter se tornado cada vez maior e mais frequente em toda a população brasileira, sobretudo na região do sul do estado de Santa Catarina no período de 2020 a 2021. Isso se deve ao fato de que os indivíduos diminuíram a realização de atividades físicas devido ao processo de isolamento social imposto pela pandemia da Covid-19, além de optarem por alimentos prontos enlatados que ofereciam menor risco de contaminação pelo vírus, ou seja, houve uma potencialização do modo de vida sedentário atrelado à uma alimentação restrita, os quais contribuíram direta e indiretamente para o aumento do número de portadores de obesidades e de indivíduos com determinado descuido em relação às questões endócrinas e bem estar metabólico³.

Assim sendo, urge da problemática postulada, uma necessidade de extrema importância acerca da avaliação do perfil clínico de pacientes portadores de

sobrepeso e obesidade durante o período de 2020 a 2021, sofrido principalmente pela população da região sul do estado de Santa Catarina em pauta, o que favorece o desenvolvimento e afloramento de complicações relacionadas ao aumento ponderal. Além disso, a escassez de estudos que compilam dados concretos sobre como o estado de Santa Catarina, e mais especificamente o município de Tubarão, se comportou frente aos anos de 2020 e 2021 e suas consequências relacionadas ao estado metabólico da população, afeta diretamente na elaboração de políticas públicas eficazes e direcionadas. Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar as variáveis clínicas de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina.

MÉTODO

Este é um estudo observacional, do tipo transversal, que utilizou dados secundários, oriundos dos prontuários de atendimento de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade atendidos em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina durante o período de 2020 a 2021. A coleta de dados nos prontuários foi realizada entre julho e agosto de 2023.

A população do estudo foi constituída por 49 prontuários de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade (censo) atendidos entre junho de 2020 a dezembro de 2021. Foram incluídos os prontuários dos indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade, com IMC acima de 25,0 kg/m², que apresentaram diagnóstico positivo e negativo para SARS-COV-2 independentemente do gênero. Foram excluídos da análise 33 prontuários pelos seguintes critérios: pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos; dados incompletos ou implausíveis, ou seja, prontuários com menos de 75% das variáveis.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram gênero, idade, e local de residência. Dentre as variáveis clínicas, as principais foram IMC, uso de medicamentos, Pressão Arterial (PA), Frequência Respiratória (FR), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hipotireoidismo, hipertireoidismo, diagnóstico prévio de Covid-19, síndrome metabólica, entre outros.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as

quantitativas. A normalidade foi identificada pelo teste de Shapiro-Wilk. A existência de associação foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson. Para a comparação dos valores médios foi utilizado o teste *t de Student*. O nível de significância usado na pesquisa foi de 5% ($p < 0,05$). O programa Excel foi empregado para elaboração do banco de dados e gráfico e o *software* Stata 16.1 (STATA, 2019), para análise dos dados⁴.

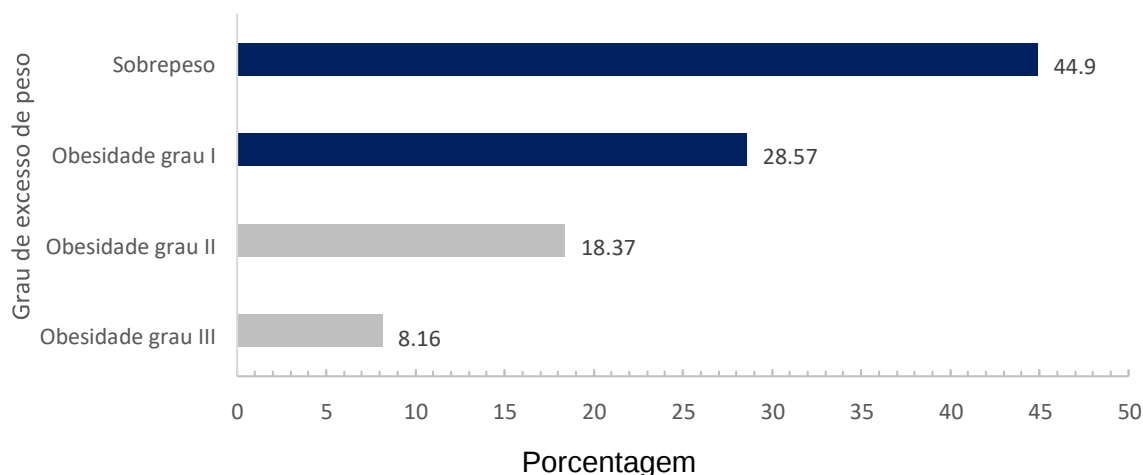
O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina e aprovado com parecer de número de 6.118.310.

RESULTADOS

Foram avaliados 49 pacientes portadores de sobrepeso e obesidade durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina. A idade média verificada foi de 59,45 anos (Desvio-padrão – DP: 13,28 anos) e variou entre 20 e 83 anos.

Por meio da Figura 1 verifica-se que o sobrepeso (44,90%; $n=22$) e a obesidade grau I (28,57%; $n=14$) foram as maiores frequências de excesso de peso entre os avaliados; a obesidade grau III foi a menos frequente (8,16%; $n=4$). Para avaliação do desfecho da pesquisa as variáveis representativas do excesso de peso foram agrupadas em sobrepeso (44,90%; $n=22$) e obesidade (55,10%; $n=27$).

Figura 1. Descrição da porcentagem de pacientes ($n=49$) portadores de sobrepeso e obesidade atendidos durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina, segundo o grau de excesso de peso. Tubarão, 2023.



Fonte: Elaborada pelos autores(2024)

Na Tabela 1 verifica-se que os indivíduos portadores de obesidade mostraram frequência estatisticamente maior ($p=0,035$) de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), do que os portadores sobrepeso (88,89% vs 63,64%). Em contrapartida, os indivíduos portadores de sobrepeso mostraram frequência estatisticamente maior ($p=0,018$) de hipotireoidismo, do que os portadores de obesidade (45,45% vs 14,81%). Ainda na Tabela 1 verifica-se entre os avaliados, 73,47% de mulheres; 53,06% de adultos; 87,76% de residentes de Tubarão; 62,27% de acometidos por Covid-19; 77,55% com HAS; e 67,35% acometidos com Diabetes mellitus (DM).

Tabela 1. Descrição do número e porcentagem de pacientes (n=49) portadores de sobrepeso e obesidade atendidos durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e grau de excesso de peso. Tubarão, 2023.

Tubarão, 2020.								
Variáveis	Sobrepeso		Obesidade		Valor de p [¥]	Total		
	N	%	N	%		N	%	
Sexo								
Feminino	15	68,18	21	77,78	0,449	36	73,47	
Masculino	7	31,82	6	22,22		13	26,53	
Faixa etária								
Adultos (20-59 anos)	15	68,18	11	40,74	0,056	26	53,06	
Idosos (60 a 83 anos)	7	31,82	16	59,26		23	46,94	
Procedência								
Tubarão	21	95,45	22	81,48	0,138	43	87,76	
Outros municípios	1	4,55	5	18,52		6	12,24	
Covid-19								
Sim	12	54,55	19	70,37	0,253	31	62,27	
Não	10	45,45	8	29,63		18	36,73	
HAS								
Sim	14	63,64	24	88,89	0,035	38	77,55	
Não	8	36,36	3	11,11		11	22,45	
DM								
Sim	13	59,09	20	74,07	0,266	33	67,35	
Não	9	40,91	7	25,93		16	32,65	

Dislipidemia

Sim	10	45,45	13	48,15	0,851	23	46,94
Não	12	54,55	14	51,85		26	53,06

Nefrolitíase bilateral

Sim	1	4,55	0	0,00	0,263	1	2,04
Não	21	95,45	27	100		48	97,96

Doença de Crohn

Sim	0	0,00	1	3,70	0,362	1	2,04
Não	22	100	26	96,30		48	97,96

TDM

Sim	5	22,73	3	11,11	0,274	8	16,33
Não	17	77,27	24	88,89		41	83,67

Hipotireoidismo

Sim	10	45,45	4	14,81	0,018	14	28,57
Não	12	54,55	23	85,19		35	71,43

Hipertireoidismo

Sim	2	9,09	4	14,81	0,543	6	12,24
Não	20	90,91	23	85,19		43	87,76

DAC

Sim	0	0,00	1	3,70	0,362	1	2,04
Não	22	100	26	96,3		48	97,96

ICC

Sim	0	0,00	3	11,11	0,107	3	6,12
Não	22	100	24	88,89		46	93,88

IAM

Sim	0	0,00	2	7,41	0,192	2	4,08
Não	22	100	25	92,59		47	95,92

Retinopatia diabética

Sim	1	4,55	3	11,11	0,404	4	8,16
Não	21	95,45	24	88,89		45	91,84

Hipertrigliceridemia

Sim	1	4,55	1	3,70	0,882	2	4,08
Não	21	95,45	26	96,30		47	95,92

IRC

Sim	1	4,55	0	0,00	0,263	1	2,04
Não	21	95,45	27	100		48	97,96

Doença de Graves

Sim	0	0,00	2	7,41	0,192	2	4,08
Não	22	100	25	92,59		47	95,92

Síndrome metabólica

Sim	1	4,55	5	18,52	0,138	6	12,24
Não	21	95,45	22	81,48		43	87,76

TAG

Sim	2	9,09	4	14,81	0,543	6	12,24
Não	20	90,91	23	85,19		43	87,76

Esteatose Hepática

Sim	3	13,64	2	7,41	0,474	5	10,20
Não	19	86,36	25	92,59		44	87,80

Asma

Sim	1	4,55	3	11,11	0,404	4	8,16
Não	21	95,45	24	88,89		45	91,84

Tabagista

Sim	5	22,73	1	3,7	0,043	6	12,24
Não	17	77,27	26	96,30		43	87,76

Glaucoma

Sim	1	4,55	1	3,70	0,882	2	4,08
Não	21	95,45	26	96,30		47	95,92

Legenda: N: número; %: porcentagem; ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$); HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes mellitus; TDM: Transtorno depressivo maior; DAC: Doença arterial coronariana; ICC: Insuficiência cardíaca congestiva; IAM: Infarto agudo do miocárdio; IRC: Insuficiência renal crônica; TAG: Transtorno de ansiedade generalizada.

Fonte: Elaborada pelos autores(2024)

Na Tabela 2 verifica-se que os indivíduos portadores de obesidade mostraram média estatisticamente maior ($p < 0,05$) de idade (63,67 anos vs 54,27 anos), de peso (88,23 Kg vs 70,45 Kg) e de IMC (35,30 Kg/m² vs 27,67 kg/m²), do que os portadores de sobrepeso.

Tabela 2. Descrição do número, média e desvio-padrão de pacientes (n=49) com sobrepeso e obesidade atendidos durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e grau de excesso de peso. Tubarão, 2023.

Variáveis	<u>Sobrepeso</u>			<u>Obesidade</u>			Valor de p [¥]	<u>Total</u>		
	N	Média	DP	N	Média	DP		N	Média	DP
Idade (anos)	22	54,27	15,01	27	63,67	10,12	<0,0122	49	59,45	13,28
Peso (Kg)	22	70,45	6,75	27	88,23	13,59	<0,0001	49	80,25	14,13
Altura (metros)	22	1,59	0,74	27	1,57	0,75	0,481	49	1,58	0,74
IMC (Kg/m²)	22	27,67	1,29	27	35,30	4,45	<0,0001	49	31,87	5,11
PAS (mmHg)	22	133,18	20,61	27	133,33	15,44	0,975	49	133,26	17,75
PAD (mmHg)	22	83,86	11,01	27	83,14	11,86	0,824	49	83,46	11,37
FC (bpm)	11	84,09	10,69	10	74,50	12,87	0,077	21	79,52	12,48
Creatinina (mg/dL)	10	0,97	0,452	17	0,81	0,272	0,263	27	0,875	0,35
Hematócrito (%)	10	41,74	0,85	13	39,69	5,19	0,271	23	40,58	4,33
Saturação (%)	3	97,33	1,15	4	96,75	0,957	0,496	7	97	1
Potássio (mg/dL)	2	4,65	0,49	2	4,9	0,848	0,753	4	4,77	0,85

Legenda: N: número; ¥: relativo ao teste de t de student ($p < 0,05$); **IMC:** índice de massa corporal; PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; FC: Frequência cardíaca

Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

DISCUSSÃO

O estudo proposto, pautado em correlacionar uma perspectiva descritiva acerca do perfil clínico dos indivíduos inclusos, buscou associar o sobrepeso e a obesidade com suas comorbidades preexistentes e fatores de risco para outras enfermidades, além de estimar possíveis hipóteses para tais associações.

Inicialmente, observou-se uma média de idade estatisticamente maior em pacientes portadores de obesidade em relação aos portadores de sobrepeso. Acerca dessa resolução, sabemos que a obesidade está cada vez mais crescente, principalmente entre aqueles com idade acima dos 60 anos, visto que esse grupo possui características mais susceptíveis à uma gama de doenças, sendo próprias da idade e relacionadas ao estilo de vida, como doenças cardiovasculares, metabólicas e distúrbios endócrinos, dentre os quais podemos incluir o demasiado ganho ponderal como grande precursor e potencializador dessas diversas enfermidades nessa população^{3,4}. Portanto, o próprio envelhecimento predispõe à um aumento da circunferência abdominal, pelo acúmulo de gordura nessa região corporal, o que corrobora para o aumento da resistência insulínica e surgimento de síndrome metabólica nesses indivíduos. Ademais, é importante salientar que o aumento sociodemográfico dessa faixa etária, devido aos avanços no âmbito da saúde atrelado ao aumento da expectativa de vida, evidencia um envelhecimento populacional cada vez mais prevalente na sociedade hodierna, fato que culmina em uma ampliação significativa das dimensões quantitativas frente às análises realizadas⁵.

Não obstante, o presente estudo permitiu traçar um paralelo em relação à obesidade e a HAS, associando uma maior prevalência de HAS nos indivíduos portadores de obesidade em comparação àqueles portadores de sobrepeso. Dados epidemiológicos apoiam inequivocamente a ligação entre o peso corporal e a pressão arterial, indicando assim o maior peso corporal como um dos principais fatores de risco para HAS. De fato, estudos indicam que a prevalência de hipertensão entre indivíduos portadores de obesidade, com IMC ≥ 30 kg/m², é de 42,5% em comparação com 27,8% para indivíduos portadores de sobrepeso (IMC 25,0–29,9 kg/m²) e 15,3% para aqueles com IMC < 25 kg/m² ⁶.

Uma hipótese para este achado pode estar relacionada ao fato de o estado de inflamação crônica, estabelecida pela comorbidade ponderal, predispor drásticas consequências a nível renal, como alterações estruturais nos endotélios os quais se

tornam mais espessos e menos elásticos (disfunção endotelial). Tais alterações podem culminar em uma arterioesclerose sistêmica que atrelada a um comprometimento da excreção de sódio e seu aumento por reabsorção tubular renal, cursa com deterioração da natriurese pressórica (sistema peptídeo natriurético) e proporciona sobrecarga de volume devido à ativação do sistema nervoso simpático (SNS) e do sistema reninaangiotensina-aldosterona (SRAA)⁷. Logo, a partir da ativação do SNS e do SRAA, desencadeados pela hiperinsulinemia, hiperleptinemia, aumento dos níveis de ácidos graxos, angiotensina 2 e alterações nos barorreceptores, tem-se um aumento na resistência vascular periférica (RSV) e uma diminuição da capacidade elástica arterial nessa população. Assim, a taxa de filtração glomerular (TFG), a taxa de fluxo sanguíneo renal e o débito cardíaco tendem a aumentar nessa população pela instauração das lesões renais. Além disso, a própria compressão mecânica dos rins pelo acúmulo de gordura visceral acarreta um aumento da pressão hidrostática do fluido intersticial renal, potencializando um aumento da reabsorção de sódio tubular renal. Outro fator importante em relação ao aumento da pressão arterial em indivíduos portadores de obesidade se faz através do aumento da secreção de leptina, a qual é sintetizada pelo próprio tecido adiposo e em altas concentrações inibe a síntese e liberação de óxido nítrico (NO), que é um importante e potente vasodilatador⁸.

Outra observação, ao analisarmos a tabela 1, se refere aos indivíduos portadores de sobrepeso terem apresentado maior prevalência de hipotireoidismo que os pacientes portadores de obesidade, na seguinte proporção de 45,45% para 14,81%, respectivamente. Entretanto, há controvérsias acerca das consequências do hipotireoidismo como precursora da obesidade, visto que a disfunção da glândula tireoide, devido a diminuição dos hormônios tireoidianos T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina) não interfere diretamente no ganho ponderal⁹. Porém, o hipotireoidismo predispõe à uma diminuição do metabolismo basal, o que atenua o gasto energético utilizado pelo paciente durante as atividades diárias, possibilitando assim um possível aumento de peso, todavia sem grande significância (menos que 2kg), fato que não viabiliza a associação causal entre hipotireoidismo e obesidade. Em vista disso, não há indícios na literatura de que a fisiopatologia do hipotireoidismo influencie de forma direta no ganho de peso de indivíduos ou seja mais prevalente naqueles portadores de sobrepeso, visto que o aumento de peso se faz devido ao processo de alimentação

e atividades físicas às quais os indivíduos são submetidos, bem como o saldo calórico diário oriundo dessa relação¹⁰.

Além dos resultados postulados, também foi observada uma relação entre os indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade frente à presença de diagnóstico atual ou prévio de Covid-19, visto que cerca de 62,27% dos prontuários analisados e levados em consideração pelo estudo cursaram com a doença durante o período da pandemia. É importante destacar que a obesidade pode ser um fator de risco e de agravo para infecção pelo coronavírus, visto que o constante estado inflamatório oriundo do aumento de peso promove o aumento da produção de adipocinas pró-inflamatórias como a Interleucina – 6 (IL-6) e o Fator de Necrose Tumoral α (TNF- α), favorecendo um desbalanceamento entre as citocinas pró e anti-inflamatórias, o que induz à disfunção endotelial do sistema vascular, ao estresse oxidativo e a uma *upregulation* em genes inflamatórios e uma *downregulation* em genes anti-inflamatórios, além de os próprios adipócitos serem utilizados como reservatório viral. Ademais, o aumento de peso corrobora para a supressão da proliferação linfocitária (linfócitos T e B), deteriorando a resposta imune inata nessa população, a qual encontra-se alterada, culminando em uma desregulação na barreira de defesa contra infecções, no crescimento da resposta inflamatória e em uma ativação aleatória e não controlada dos linfócitos T¹¹. A exemplo, o estudo “*Obesity and Covid-19 severity in a designated hospital in Shenzhen, China*” conjecturou um risco de 1,84 em pacientes portadores de sobrepeso e 3,40 vezes maior em pacientes portadores de obesidade para risco de desenvolvimento da Covid-19 em sua forma mais grave¹².

Outrossim, o presente estudo mostrou que há uma relação entre a obesidade e o sexo feminino, com uma proporção de 73,47% para mulheres portadoras de sobrepeso ou obesidade em relação ao número total de pacientes atendidos. É sabido que a obesidade é mais prevalente nas mulheres do que nos homens na maioria dos países, além disso, as mulheres, em comparação com os homens, têm maior probabilidade de serem diagnosticadas com obesidade e procurarem e obterem todos os tipos de tratamento para obesidade, incluindo comportamental, farmacológica e cirurgia bariátrica¹³.

De fato, as mulheres possuem uma maior variação dos diversos eixos de produção hormonal, alternando de acordo com a faixa etária e as diferentes fases da vida na qual se encontra, o que acarreta maior ganho ponderal. Logo, a obesidade na mulher cursa com hiperinsulinemia, condição pela qual se dá o desencadeamento do

processo de hiperandrogenismo, o qual promove a aromatização desses andrógenos em estrogênio, fato que corrobora para um feedback negativo no hipotálamo que não secreta de forma adequada o Hormônio liberador de Gonadotrofinas (GnRH). Sem a secreção de GnRH há o comprometimento e inibição da produção do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e Luteinizante (LH) pelas células gonadotróficas da adenohipófise, podendo implicar em alterações no ciclo menstrual, bem como acarretar disfunções endometriais e anovulação. Além disso, podemos ressaltar que a obesidade altera os níveis de adipocinas como leptina, resistina e adiponectina, afetando não só a esteroidogênese e o desenvolvimento embrionário como também aromatização dos androgênios¹⁴. Associado a esses eventos, a resistência à insulina reforça as disfunções ovarianas e contribui para o acometimento das funções reprodutivas como implantação endometrial, foliculogênese e distúrbios na maturação do oócito, pela redução da produção de LH e pela liberação de espécies reativas de oxigênio nos próprios adipócitos devido ao acúmulo de gordura visceral. Toda essa cascata hormonal resulta no aumento do número de abortos espontâneos, bem como em uma maior probabilidade para casos de infertilidade na mulher¹⁵.

Portanto, o presente estudo examinou o perfil clínico e epidemiológico de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade durante o período de 2020 a 2021. No entanto, uma limitação foi o número de prontuários não preenchidos, preenchidos incorretamente ou ilegivelmente, o que tornou a análise do perfil clínico-demográfico comprometida, reduzindo assim a amostra estudada. Logo, evidencia-se a relevância do planejamento de medidas que melhorem a qualidade dos registros no prontuário do paciente, bem como o desenvolvimento de ações, no sentido de preenchimento mais adequado, de modo a proporcionar melhoria no desenvolvimento de futuras pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta investigação indicam que os indivíduos atendidos durante o período de 2020 a 2021 em um ambulatório de endocrinologia de uma universidade do sul de Santa Catarina, portadores de sobrepeso e obesidade, apresentaram características clínicas compatíveis com maior prevalência de HAS nos pacientes portadores de obesidade em comparação a indivíduos portadores de sobrepeso. Foi possível também associar uma maior prevalência de hipotireoidismo no grupo de

portadores de sobrepeso em relação à população portadora de obesidade. Ademais, a correlação entre idade e predisposição à obesidade se fez presente ao analisarmos uma maior prevalência de obesidade naqueles indivíduos com idade mais avançada e de sobrepeso naqueles mais jovens. Além dessas conclusões, também foi possível constatar uma maior prevalência de obesidade no sexo feminino em relação à amostra total do estudo. Sendo assim, espera-se que os dados aqui apresentados possam servir como referência para a implementação de estratégias de promoção de saúde para a população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Foppa L, Mota ALR, Morais EP. Qualidade de vida e comportamento alimentar de pacientes com obesidade durante a pandemia por COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2021;29:1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7HsWYHFzns76sDqTzpTZF7m/abstract/?lang=pt#>
2. Silva CB, Trindade LDL, Zuge SS, Ferraz L, Kolhs M, Heinz MK. Associação do índice de massa corporal aos desfechos clínicos dos casos de COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 2021;26:1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/rJbGnMwNzNqgNsT456DHDLG/#>
3. Jura M, Kozak LP. Obesity and related consequences to ageing. *AGE*, 2016;38(1):1-18. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11357-016-9884-3>
4. StataCorp. Stata: Release 16. Statistical Software. College Station, 2019. Disponível em: <https://www.scirp.org/%28S%28lz5mqp453edsnp55rrgjct55%29%29/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2757660>
5. Rutkowski JM, Davis KE, Scherer PE. Mechanisms of obesity and related pathologies: The macro- and microcirculation of adipose tissue. *FEBS Journal*, 2009;276(20):5738–5746. Disponível em: <https://febs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17424658.2009.07303.x>
6. Leggio M, Lombardi M, Caldarone E, Severi P, D'Emidio S, Armeni M, et al. The relationship between obesity and hypertension: an updated comprehensive overview on vicious twins. *Hypertension Research*, 2017;40(12):947–963. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/hr201775>
7. Leinig C. Hipertensão Induzida pela Obesidade. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 2023;120(7):1-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37585897/>

8. Silva Junior GB, Bentes ACSN, Daher EDF, Matos SMA. Obesity and kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2017;39(1):65–69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/ZrxZjMYhhJfP7rTTGmhFMLg/#>
9. Rico RC, Fernández EG, Placer MLL, Agudo ON, Rosel JP, Castro FL. Hipotireoidismo Subclínico en Pacientes con Obesidad y Sobrepeso. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2010;3(3):158–162. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300003
10. Soares GVD, Barreto MGR, De Sousa KMC, Silva MLM, Paulo APDS. Hipotireoidismo e hipertireoidismo -uma breve revisão sobre os distúrbios da tireoide. *CONGREFIP*, 2017: 1-3. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/congrefip/2017/TRABALHO_EV069_M D1_S A1_ID191_03042017115457.pdf
11. Brandão SCS, Godoi ETA, Cordeiro LHO, Bezerra CS, Ramos JOX, Arruda GFA, et al. Obesidade e risco de Covid-19: grave. *Repositorio UFPE*, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/37572>
12. Cai Q, Chen F, Wang T, Luo F, Liu X, Wu Q, et al. Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China. *Diabetes Care*, 2020;43(7):1392–1398. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32409502/>
13. Cooper AJ, Gupta SR, Moustafa AF, Chao AM. Sex/Gender Differences in Obesity Prevalence, Comorbidities, and Treatment. *Current Obesity Reports*, 2021;10(4): 458466. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599745/>.
14. Barros ISG, Alves GD, Rocha LA. O impacto da obesidade na fertilidade feminina. *e-Scientia*, 2020;12(2):47–50. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/>
15. Domenico D, Setten LM, Liberali R, Navarro F. Correlação entre obesidade e menopausa. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2008;2(9):279-287. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/>

RECEBIDO: 13/03/2024
APROVADO: 17/02/2025

Descentralização do acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Paraná – Brasil

Decentralizing access to the Specialized Medicines Program in Parana – Brazil

Paula Rossignoli¹, Deise Regina Sprada Pontarolli², Priscilla Marys Limberger³, Roberto Pontarolo⁴, Fernando Fernandez-Llimos⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8691-7359> Farmacêutica. Doutora em Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: paula.rossignoli@sesa.pr.gov.br
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0694-6740> Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: deiseponta@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2788-1368> Farmacêutica. Mestre em Assistência Farmacêutica. Centro de Medicamentos do Paraná da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: priscillamarys@sesa.pr.gov.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363> Professor. Doutor em Ciências (Bioquímica). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: pontarolo@ufpr.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8529-9595>. Professor. Doutor em Farmácia. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
E-mail: fllimos@ff.up.pt

RESUMO

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica contempla medicamentos para tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças raras, no âmbito do Sistema Único de Saúde. As secretarias estaduais de saúde são responsáveis pelo acesso a esses medicamentos. No Paraná, originalmente os locais de acesso se limitavam aos 22 municípios-sede de regionais de saúde. O objetivo deste estudo foi descrever a evolução histórica e analisar fatores associados à descentralização da dispensação às secretarias municipais de saúde. Foram obtidas as datas de descentralização aos municípios entre 2009 e 2022. Foram calculados antiguidade e tempo para

atingir 90% dos usuários do município. O número de municípios descentralizados passou de apenas um em 2009 para 374 em 2022. A regional de saúde foi o único fator associado à velocidade da descentralização e de implementação. A descentralização se mostrou um processo inovador, com maior acessibilidade geográfica e equidade no acesso ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DESCRITORES: Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Assistência Farmacêutica. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The Specialized Medicines Program (CEAF) is a group of medicines used to treat chronic diseases, including rare diseases, under the Brazilian National Health Service (SUS). The State Health Administrations (SES) are responsible for ensuring access to CEAF medicines. In Parana, which consists of 399 municipalities, access to CEAF drugs was limited to the 22 municipalities where the Regional Health Administration (RS) was located. The objective of the study was to describe the historical evolution, and the factors related to the process of decentralization of CEAF dispensing to the existing municipal pharmacies. Dates of decentralization of CEAF dispensing from 2009 to 2022 were obtained. The time from decentralization and the time to reach 90% of users were calculated for each municipality. From 2009 to 2022, the number of municipalities with decentralized CEAF increased from 1 (0.3%) to 374 (99.2%). Being part of some RS was the only factor associated with a rapid adoption of decentralization and a rapid full implementation. Dispensing decentralization was assimilated to an innovative process, dependent on municipal-state inter-sectoral relationships, which increases geographic accessibility and improves equity on CEAF program.

DESCRIPTORS: Health Services Accessibility. Pharmaceutical Services. Health Equity.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi precursor no desenvolvimento de políticas públicas com gestão participativa e com compartilhamento de responsabilidades e divisão de atribuições entre os três níveis de governo¹. Permeada por muitos desafios, a Assistência Farmacêutica (AF) ambulatorial no SUS vem sendo construída e executada de forma tripartite, com responsabilidades distintas entre os três níveis de gestão nos três componentes da AF (i.e., Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF)), não somente em questões de financiamento, mas também na efetivação do acesso aos medicamentos²⁻³.

O CEAF compreende um conjunto de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças raras, cujas linhas de cuidado estão descritas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde⁴, que trazem os critérios para acesso a esses medicamentos⁵. A responsabilidade pela regulação e efetivação do acesso ao CEAF é das Secretarias Estaduais de Saúde (SES)⁶. Diferentemente dos medicamentos do CBAF e do CESAF, que são dispensados aos usuários em unidades e farmácias municipais, o acesso da população ao CEAF ocorre originalmente de forma centralizada em farmácias estaduais, existentes apenas em alguns municípios do estado. Essa organização pode restringir os locais de dispensação aos maiores centros urbanos do estado, onde normalmente estão localizadas as sedes das regiões de saúde das SES⁷. A existência do CBAF e do CEAF acabaram por resultar em duas redes diferentes de atendimento ao usuário para a dispensação de medicamentos ambulatoriais no SUS levando muitas vezes à fragmentação do acesso e impondo obstáculos aos usuários do CEAF⁸.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) demonstrou melhora no acesso a medicamentos no âmbito da atenção primária no SUS⁹, contudo, estudos demonstraram que há limitações de acesso a alguns tratamentos, como por exemplo, a medicamentos do CEAF¹⁰. Estudo sobre consumo de medicamentos do CEAF para artrite reumatoide no Paraná revelou aumento da prevalência de tratamento ao longo dos anos. No entanto, verificou-se que a prevalência do tratamento ficou bem abaixo da prevalência da doença,

demonstrando que há um número importante de pacientes sem acesso ao tratamento¹¹.

A equidade no acesso aos medicamentos é um grande desafio em todo o mundo¹²⁻¹³ e a acessibilidade geográfica, juntamente com a disponibilidade de medicamentos, são barreiras bem descritas à efetivação do acesso¹⁴. A ausência de farmácias perto das casas dos usuários dificulta a obtenção dos medicamentos e resulta numa utilização limitada do tratamento necessário em pacientes com problemas de mobilidade¹⁵. O acesso desigual a medicamentos pode exacerbar as disparidades no controle de doenças crônicas colocando aqueles que vivem em áreas mais afastadas em situação de desvantagem¹⁶. Além disso, o fornecimento de medicamentos próximo à residência também é considerado essencial para a continuidade dos cuidados em saúde em pacientes que recebem alta hospitalar e precisam de tratamento contínuo em nível ambulatorial¹⁷. Estudo conduzido no estado de Minas Gerais revelou que mais da metade dos pacientes residia em município diferente daquele em que recebia medicamento do CEAF e estavam a uma distância média de mais de 40 km do local de dispensação¹⁸. No estado do Rio de Janeiro um estudo revelou que 90 dos 93 municípios tinham acesso a medicamentos do CEAF em apenas 25 unidades/farmácias¹⁹. Na literatura, há apenas relatos isolados sobre descentralização do CEAF, que envolvem um único município ou uma única região de saúde²⁰⁻²¹.

Para minimizar os problemas de acesso ao CEAF, o Paraná iniciou nos últimos anos da década de 2000 a descentralização da dispensação dos medicamentos aos municípios utilizando a rede de farmácias públicas municipais. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo descrever a evolução histórica e analisar fatores associados à descentralização da dispensação do CEAF aos municípios no Paraná.

MÉTODO

Desenho do estudo

O Paraná é um estado da região Sul do Brasil com uma superfície de 199.315 km² e uma população de aproximadamente 11,4 milhões de habitantes, de acordo com o último censo de 2022, dividido em 399 municípios. O Paraná ocupa a quinta posição entre os estados, tanto em número de municípios quanto em população. Do

ponto de vista da organização da saúde, o Paraná está dividido em 22 regiões de saúde agrupadas em 4 macrorregiões. Cada região de saúde possui um município-sede, com estrutura administrativa da SES, também denominada Regional de Saúde (RS). Originalmente, no Paraná, os medicamentos do CEAF eram dispensados apenas nas farmácias estaduais situadas nos 22 municípios-sede das RS. A denominação “descentralização da dispensação do CEAF” adotada neste estudo se refere à transferência da dispensação dos medicamentos do CEAF da farmácia estadual da RS para as farmácias públicas dos municípios-não sede da RS. Trata-se, portanto, do processo de descentralização aos 377 municípios-não-sede de RS, municípios em que não havia originalmente dispensação de medicamentos do CEAF.

Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo com utilização de dados de dispensação do CEAF entre os anos de 2009 e 2022. O acesso aos dados foi autorizado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica da SES/PR em 30 de janeiro de 2023. Neste estudo não foram utilizados dados de caráter pessoal dos pacientes do CEAF, motivo pelo qual não foi necessário aprovação por comitê de ética para pesquisa.

Coleta de dados

Para identificar a primeira dispensação realizada em cada município foi utilizada a informação sobre a dispensação de medicamentos do CEAF existente no sistema de informação utilizado na SES/PR para a gestão do componente especializado (Sismedex). Para a extração dos dados foi utilizado uma ferramenta de *business intelligence* que exporta a um arquivo de Microsoft Excel® as dispensações por meio da utilização de uma série de filtros a partir dos dados existentes no Sismedex. Para a presente extração foram selecionadas as dispensações de cada ano apenas para os PCDT de Asma e de Dislipidemia. Estes dois PCDT foram utilizados como “marcadores da descentralização” e foram escolhidos pelos seguintes critérios: a) protocolos existentes desde o início do período de análise (2009); b) elenco de medicamentos com poucas modificações no período; c) doenças de alta prevalência. Para cada ano o arquivo extraído continha: data da dispensação, farmácia dispensadora, município de residência do paciente e RS. Não foi exportado qualquer dado de caráter pessoal dos pacientes.

Para cada município foram obtidas a área territorial em km² da seção de organização do território do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística - IBGE (www.ibge.gov.br) e a população reportada na seção de censo demográfico 2022 da área de estatísticas sociais do mesmo banco de dados. Foram calculadas também a distância entre o município de residência do paciente e a farmácia da RS e o tempo de viagem correspondente utilizando o Google Maps (www.google.com/maps).

Análise dos dados

Em cada um dos arquivos extraídos, foi identificada a primeira vez em que aparecia uma dispensação realizada em uma farmácia municipal. Foi definida a “antiguidade” da descentralização como o número de meses transcorridos desde a data da primeira dispensação realizada no município até dezembro de 2022. Foi calculado o nível de implementação da descentralização como a percentagem de usuários de um município atendidos na sua farmácia municipal sobre o total de usuários daquele município em dezembro de 2022. Foi definida a variável “tempo para atingir >90%” como os meses transcorridos entre a primeira dispensação realizada no município e o mês em que o nível de implementação da descentralização atingiu pelo menos 90% dos usuários do município.

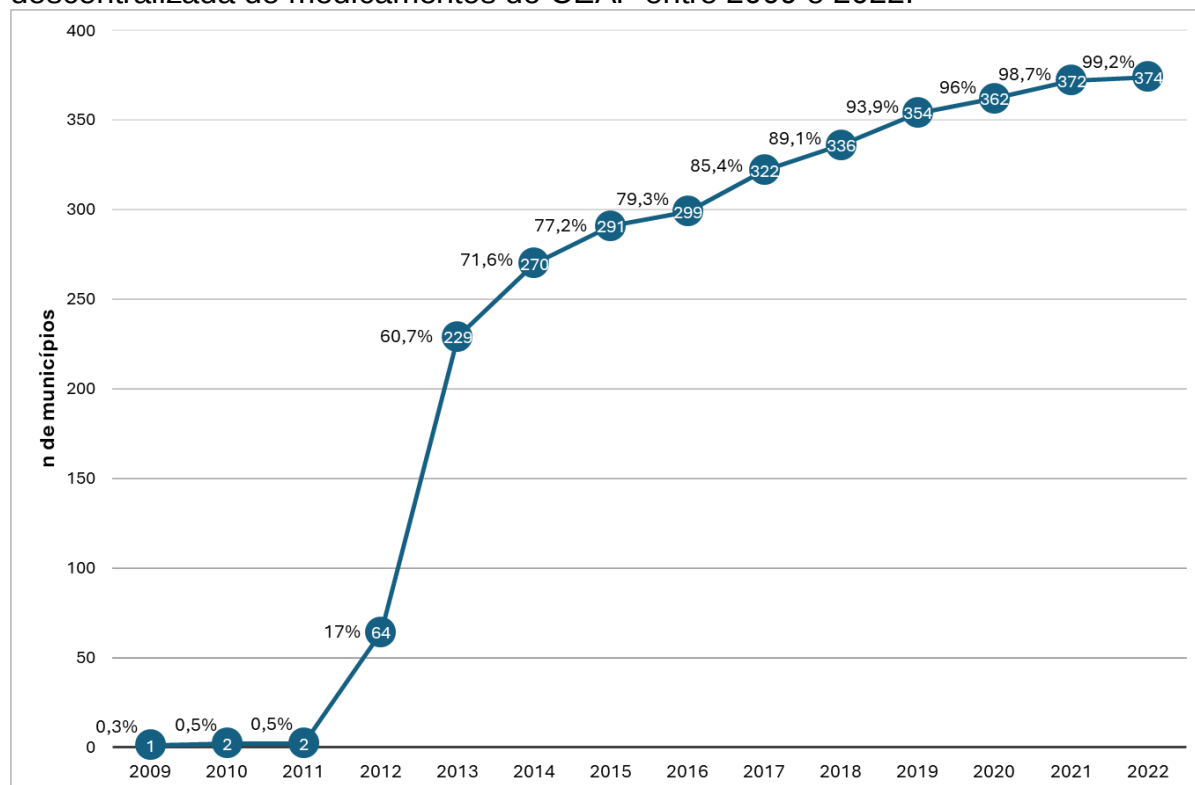
Foi realizada uma análise bivariada entre as variáveis dependentes “antiguidade” e “tempo para atingir >90%” e as variáveis independentes: a) RS; b) área territorial; c) população; d) distância à RS; e) tempo de viagem à RS. Devido ao viés identificado nas distribuições, as variáveis quantitativas foram apresentadas como mediana e intervalo interquartil. Para a associação entre antiguidade e tempo para atingir >90% com a RS a qual pertence o município, foi realizado um teste de *Kruskal-Wallis*. Foram ainda avaliadas as correlações entre essas duas variáveis e área territorial, população, distância à RS e tempo de viagem por meio do teste de *Spearman*. Para estes testes foi considerado nível de significância de 5%. Os cálculos estatísticos foram realizados utilizando-se o SPSS versão 28.

RESULTADOS

A descentralização da dispensação do CEAF a uma farmácia municipal ocorreu pela primeira vez em 2009. Ao final de 2022, três municípios, com percentual de 0,85% (n=3.038) do total de usuários do CEAF, ainda não tinham iniciado a dispensação

descentralizada. A descentralização ocorreu, portanto, em 374 dos 377 municípios potenciais (99,2%). Dos 374, apenas 5 municípios não haviam atingido mais de 90% do atendimento dos seus usuários em dezembro de 2022. A evolução no número de municípios que assumiram a dispensação descentralizada do CEAf entre os anos de 2009 e 2022 é demonstrada na Figura 1.

Figura 1. Evolução do número de municípios que passaram a ter a dispensação descentralizada de medicamentos do CEAf entre 2009 e 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Ao longo do período de análise (2009 a 2022), o total de usuários atendidos nos municípios com dispensação descentralizada passou de 0,7% para 52,2% do total de usuários do estado, superando, em 2022, o número de pacientes atendidos nos municípios-sede de RS (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução do número de usuários atendidos nos municípios-não-sede em que houve descentralização da dispensação do CEAF.

Ano	Total de usuários CEAF	Usuários atendidos no município descentralizado (município não-sede)	% usuários
2009	76.774	538	0,7%
2010	87.509	1.284	1,5%
2011	95.783	1.874	2,0%
2012	106.980	9.131	8,5%
2013	127.165	31.715	24,9%
2014	147.296	46.767	31,8%
2015	162.409	57.609	35,5%
2016	184.508	69.249	37,5%
2017	209.751	82.601	39,4%
2018	236.948	100.847	42,6%
2019	264.509	119.914	45,3%
2020	278.162	130.400	46,9%
2021	317.293	158.142	49,8%
2022	356.066	185.821	52,2%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Na Tabela 2 é apresentada a análise da descentralização da dispensação do CEAF considerando-se a antiguidade da descentralização em meses, relativa ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2022, verificando-se variações entre 121 meses de mediana para os 29 municípios da RS de Maringá até 39 meses para os 15 municípios da RS de Ivaiporã. Foi encontrada associação entre a antiguidade da descentralização da dispensação do CEAF e a Regional de Saúde (*Kruskal-Wallis* $H = 253,259$; $p < 0,001$). Não foi encontrada correlação entre a antiguidade da descentralização da dispensação do CEAF e: a) área territorial do município (*Spearman* $p = 0,501$); b) população do município ($p = 0,828$); c) distância do município à RS ($p = 0,512$) e d) tempo de viagem do município à RS ($p = 0,275$).

Tabela 2. Análise descritiva da antiguidade da descentralização da dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica por Regional de Saúde (RS).

RS	Município-sede da RS	nº municípios descentralizados/total municípios*	Mediana antiguidade (meses)	Intervalo interquartilico
1	Paranaguá	6/6	62,5	48,5 - 81,50
2	Curitiba	25/28	56,5	28,25 - 111,75
3	Ponta Grossa	11/11	116	97 - 122
4	Irati	8/8	114,5	112,5 - 115,75
5	Guarapuava	19/19	112	111 - 115
6	União da Vitória	8/8	110	101,5 - 111
7	Pato Branco	14/14	110,5	110 - 113
8	Francisco Beltrão	26/26	118,5	116 - 121
9	Foz do Iguaçu	8/8	103,5	93,75 - 113
10	Cascavel	24/24	76,5	54 - 88
11	Campo Mourão	24/24	114	111,75 - 114
12	Umuarama	20/20	112	102 - 114
13	Cianorte	10/10	112	110,75 - 113,75
14	Paranavaí	27/27	111	110 - 112
15	Maringá	29/29	121	118 - 122
16	Apucarana	16/16	63	62,25 - 64
17	Londrina	20/20	60,5	22 - 81
18	Cornélio Procopio	20/20	112	110,25 - 113
19	Jacarezinho	21/21	105	102 - 114
20	Toledo	17/17	121	121 - 121
21	Telêmaco Borba	6/6	97	96 - 97,5
22	Ivaiporã	15/15	39	36 - 42

Nota: *exceto município-sede da Regional de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Na Tabela 3 é apresentada a análise da descentralização da dispensação do CEAF considerando o tempo para atingimento da descentralização superior a 90% em dezembro de 2022. Aqui também foram encontradas variações importantes na intensidade do processo de descentralização, com quatorze RS atingindo 90% no primeiro mês de implementação e, no extremo oposto, uma RS onde a mediana ficou em 28,5 meses para atingir esse nível de implementação. Foi encontrada associação entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e a RS (*Kruskal-Wallis* $H=115,764$; $p<0,001$). Não foi encontrada correlação entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e: a) a área territorial do município ($p=0,091$); b) a distância do município à Regional de Saúde ($p=0,271$) e

c) o tempo de viagem do município à RS ($p=0,823$). Foi encontrada uma correlação significativa ($p<0,001$), com proporção direta, ainda que fraca, ($\rho=0,167$), entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e a população do município.

Tabela 3. Implementação da descentralização da dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) por Regional de Saúde (RS) em dezembro de 2022.

RS	Município-sede RS	nº municípios descentralizados /total municípios*	Municípios > 90% implementação	Tempo (meses) para atingir 90% de implementação Mediana	Intervalo interquartilico
1	Paranaguá	6/6	6	28,5	4,5 - 37,25
2	Curitiba	25/28	22	10	2 - 21,25
3	Ponta Grossa	11/11	11	0	0 - 1
4	Irati	8/8	8	0	0 - 4,5
5	Guarapuava	19/19	19	2	2 - 3
6	União da Vitória	8/8	8	0	0 - 0
7	Pato Branco	14/14	14	3	2 - 3,25
8	Francisco Beltrão	26/26	26	0	0 - 0
9	Foz do Iguaçu	8/8	8	1	0 - 3,5
10	Cascavel	24/24	24	0	0 - 1
11	Campo Mourão	24/24	24	0	0 - 1
12	Umuarama	20/20	20	0	0 - 0
13	Cianorte	10/10	10	0	0 - 0,75
14	Paranavaí	27/27	27	0	0 - 4
15	Maringá	29/29	28	0	0 - 2,5
16	Apucarana	16/16	16	1,5	1 - 3
17	Londrina	20/20	19	2	0 - 13
18	Cornélio Procopio	20/20	20	0	0 - 2,5
19	Jacarezinho	21/21	21	0	0 - 1
20	Toledo	17/17	17	0	0 - 0
21	Telêmaco Borba	6/6	6	1	0,75 - 15,25
22	Ivaiporã	15/15	15	0	0 - 3

Nota: *exceto município-sede da Regional de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

DISCUSSÃO

O processo de descentralização do CEAF aos municípios foi heterogêneo tanto entre as diferentes RS quanto numa mesma RS, com diferenças na antiguidade da descentralização e no tempo de implementação (tempo para atingir >90%). Nesse processo de descentralização foi possível observar três fases: nos dois primeiros anos não se alcançou 1% dos municípios, entre o terceiro e quinto ano houve um incremento brusco, superando 60% dos municípios, seguindo para a terceira fase, a partir de 2013, com crescimento paulatino até atingir 99,2% dos municípios em 2022. Ao final do período de análise, apenas três municípios com número de usuários equivalente a menos de 1% do total de usuários do CEAF no estado, ainda não haviam iniciado a descentralização.

A descentralização da dispensação do CEAF, que aumentou a acessibilidade geográfica a esses medicamentos, pode ser considerada um modelo inovador, uma vez que buscou a instituição de um novo processo para acesso, diferente do padrão anterior²². Nesse sentido, é possível comparar o processo ocorrido no Paraná ao modelo de difusão de inovação Everett Rogers²³ e notar que a curva da evolução do número de municípios com dispensação descentralizada do CEAF apresentada na Figura 1 se assemelha à “curva em S”. Esse modelo de difusão de inovação propõe diferentes perfis na adoção de uma inovação ao longo do tempo.

A descentralização do acesso a medicamentos especializados no sistema público também ocorreu em Portugal durante a pandemia de COVID-19. Um estudo sobre os benefícios do modelo adotado neste país, revelou melhora significativa na adesão à terapia autorrelatada, redução de custos para os pacientes, além de um aumento significativo nos níveis de satisfação do usuário²⁴. É possível que benefícios semelhantes tenham sido obtidos no Paraná com a descentralização da dispensação do CEAF, o que deveria ser avaliado em estudos futuros.

Em relação às variáveis dependentes avaliadas, observou-se que RS com maior população (Curitiba e Londrina) apresentaram amplo intervalo tanto na antiguidade da descentralização, quanto no tempo de implementação, demonstrando comportamentos bastante distintos entre os municípios. A dificuldade de alguns municípios em aderir ao processo de descentralização pode ser reflexo da sobrecarga do modelo de municipalização adotado no SUS²⁵. Disparidades entre os municípios e assimetrias na capacidade de gestão estão entre os maiores desafios da

descentralização²⁶.

Tanto a antiguidade da descentralização quanto o tempo de implementação tiveram associação com RS, indicando que a regional influenciou essas variáveis. Não havendo nenhuma característica ou diferença entre as RS que pudesse ser testada para investigar a associação, é necessário refletir sobre a regionalização e descentralização do SUS para buscar compreender os resultados²⁷. O processo de descentralização nas RS pode ter sido influenciado pela governança regional, processo que envolve articulação, gestão e decisão intergovernamental, iniciado a partir do pacto pela saúde de 2006. Admitindo múltiplos partícipes, esse processo envolve relações intersetoriais constituindo-se num processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais²⁸.

Assumir a dispensação do CEAF pode gerar custos adicionais aos municípios pelo maior volume de pacientes, entretanto, é importante ponderar que muitos usuários do CEAF já são atendidos em farmácias municipais para recebimento de medicamentos do CBAF. Ainda assim, entende-se que esse processo pode requerer tanto melhorias na estrutura física das farmácias, quanto incremento de recursos humanos²⁹, sobretudo em locais com capacidade instalada já esgotada. Nesse sentido, o Paraná implantou em 2012 um incentivo financeiro aos municípios para a estruturação e manutenção das farmácias municipais, denominado Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica (IOAF). Entre 2012 e 2023 foi repassado mais de 71 milhões de reais entre recursos de investimento e de custeio. Atualmente, o valor anual de repasse é calculado com base no número de pacientes do CEAF atendidos no município³⁰.

O processo de descentralização apresentado neste estudo teve como foco viabilizar o acesso do usuário a medicamentos do CEAF no seu município de residência. Sendo assim, não envolveu inicialmente os municípios-sede das RS, que já contavam com a dispensação nas farmácias estaduais. No entanto, nos municípios-sede persistiu o fenômeno de duas redes de dispensação (CBAF e CEAF) o que obrigava o usuário a ir a duas farmácias diferentes quando do uso de medicamentos de ambos os componentes. Para viabilizar o acesso dos usuários aos medicamentos em um único local, uma segunda onda do processo de descentralização está em andamento, com a incorporação dos municípios-sede das RS, buscando-se a totalidade da descentralização da dispensação do CEAF nas farmácias municipais.

Limitação

No presente estudo foram utilizados apenas dois PCDT para avaliar o início da descentralização da dispensação de todos os medicamentos do CEAF aos municípios, no entanto, estes são os PCDT com maior número de usuários e vigentes durante todo o período de análise.

CONCLUSÃO

A análise do histórico da descentralização da dispensação do CEAF aos municípios no Paraná revelou a existência de um processo longo e heterogêneo de implementação, mas também progressivo e consolidado, sem a ocorrência de recentralização. O pertencimento a algumas RS foi o único fator associado tanto à rápida adoção da descentralização pelo município como à velocidade de implementação. A descentralização da dispensação do CEAF se mostrou um processo inovador, que ocorreu a partir de articulações e relações intersetoriais, no âmbito das regiões de saúde, com vistas à maior equidade no acesso aos medicamentos do CEAF no Paraná.

REFERÊNCIAS

1. Machado JA, Paloti PLM. Entre cooperação e centralização. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. RBCS. 2015;30(88). DOI: <https://doi.org/10.17666/308861-82/2015>
2. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1937-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
3. Pontarolli DRS, Moretoni C, Rossignoli P. A Organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>
4. Ministério da Saúde. Componente especializado da assistência farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília, DF: Ministerio da Saúde; 2014. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/publicacoes/livro-2-completo-para-site-com-isbn.pdf/view>

5. Tavares NU, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PS, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(suppl 2):7s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006118>
6. Fatel KO, Rover MRM, Mendes SJ, Leite SN, Storpirtis S. Challenges in the management of high-priced drugs in the SUS: evaluation of Pharmaceutical Policy in Sao Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2021;26(11):5481-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>
7. Rover MRM, Pelaez CMV, Faraco EB, Farias MR, Leite SN. An evaluation of governance capacity of the specialized component of pharmaceutical services in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2487-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>
8. Rover MRM, Pelaez CMV, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação 691 do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(2):691-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>
9. Meiners M, Tavares NUL, Guimaraes LSP, Bertoldi AD, Pizzol T, Luiza VL, et al. Access and adherence to medication among people with diabetes in Brazil: evidences from PNAUM. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):445-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030008>
10. Vieira FS. *Evolução do Gasto com Medicamentos do Sistema Único de Saúde no Período de 2010 a 2016*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8250>
11. Germano JL. *Estudo de utilização de medicamentos para artrite reumatoide no componente especializado da assistência farmacêutica no estado do paraná* [dissertação]. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná; 2020. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/67205>
12. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*. 2009;373(9659):240-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61762-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61762-6)
13. World Health Organization. *Equitable access to essential medicines : a framework for collective action*. World Health Organization. [citado em 2023 nov 03]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/68571>
14. Silva AM, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019 *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163722>

15. Padeiro M. Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon. *Res Social Adm Pharm*. 2018;14(7):653-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>.
16. Guadamuz JS, Durazo-Arvizu RA, Daviglius ML, Calip GS, Nutescu EA, Qato DM. Statin nonadherence in Latino and noncitizen neighborhoods in New York City, Los Angeles, and Chicago, 2012-2016. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2021;61(4):e263-e78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.01.032>
17. Clark RA, Coffee N, Turner D, Eckert KA, van Gaans D, Wilkinson D, et al. Application of geographic modeling techniques to quantify spatial access to health services before and after an acute cardiac event: the Cardiac Accessibility and Remoteness Index for Australia (ARIA) project. *Circulation*. 2012;125(16):2006-14. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.083394>
18. Almeida-Brasil CC, Costa Jde O, Aguiar VC, Moreira DP, Moraes EN, Acurcio Fde A, et al. Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(7):e00060615. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060615>
19. Lima-Dellamora EC, Caetano R, Osorio-de-Castro CG. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2012;17(9):2387-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000900019>
20. Morais-Borges KD, Paula-Franca FA, Franca-Fonteles M. Analyses of the pharmacotherapeutic profile and treatment costs of patients treated by the specialized component of pharmaceutical care in the city of Caririçu, Ceará. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2023;14(2):1-8. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/920/786>
21. Silva AA, Costa SM. A descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2015;6(1):37-40. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/214>
22. OECD, Eurostat. Oslo Manual 2018. Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation. Paris/Eurostat, Luxembourg: OECD Publishing; 2018. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/oslo-manual-2018_9789264304604-en.html
23. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5 ed. New York: Free Press; 2003. 576 p.
24. Murteira R, Romano S, Teixeira I, Bulhosa C, Sousa S, Conceicao MI, et al. Real-World Impact of Transferring the Dispensing of Hospital-Only Medicines to Community Pharmacies During the COVID-19 Pandemic. *Value Health*. 2022;25(8):1321-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.03.004>
25. Viana AL, Heimann LS, de Lima LD, de Oliveira RG, Rodrigues Sda H. Significant changes in the health system decentralization process in Brazil. *Cad*

- Saude Publica. 2002;18 Suppl:139-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700014>
26. Faleiros DR, Acurcio FA, Alvares J, Nascimento R, Costa EA, Guibu IA, et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. Rev Saude Publica. 2017;51(suppl 2):14s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>
27. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra I. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. Cien Saude Colet. 2017;22(4):1155-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>
28. de Lima LD, de Queiroz LF, Machado CV, Viana AL. Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil. Cien Saude Colet. 2012;17(7):1903-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
29. Pierantoni CR, Garcia AC. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. Hum Resour Health. 2011;9:12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-12>
30. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Relatório anual de gestão 2023. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Relatorio-Anual-de-Gestao>

RECEBIDO: 21/12/2024
APROVADO: /03/2025

Percepções de enfermeiros frente à morte e assistência durante o processo de morrer

Nurses' perceptions of death and care during the dying process

Itauana Ferri¹, Valdinei Jose Pires², Jolana Cristina Cavalheiri³

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1121-6564> Enfermeira. Universidade Paranaense - UNIPAR. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.
E-mail: itauana.ferri@edu.unipar.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1106-5306> Enfermeiro. Universidade Paranaense - UNIPAR. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.
E-mail: valdinei.pires.79@edu.unipar.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9549-8995> Docente do Curso de Enfermagem. Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Universidade Paranaense - UNIPAR. Francisco Beltrão, Paraná Brasil.
E-mail: jolana@prof.unipar.br

RESUMO

O estudo buscou conhecer as percepções de profissionais de enfermagem sobre o processo de morte e o suporte assistencial oferecido aos pacientes e familiares. Pesquisa descritiva, de campo, de caráter qualitativo, realizada com enfermeiros responsáveis pelos cuidados durante o processo de morte, por meio de questionários, como instrumento de coleta de dados. Os resultados mostraram que os profissionais apresentaram visões diferentes sobre a morte, sendo ela natural, biológica e espiritual, e relataram fornecer cuidado de qualidade, prezando pelo conforto e acolhimento do paciente, com base nos protocolos institucionais. Além disso, os participantes relataram medo da morte e que este sentimento lhes causava revolta. Conclui-se, portanto, que os profissionais de enfermagem demonstraram visões diferentes sobre o conceito de morte, mas buscavam oferecer assistência de qualidade durante o processo, mesmo que seguindo protocolos institucionais, faziam com humanização e buscava pelo conforto do paciente e dos familiares.

DESCRIPTORES: Morte. Luto. Direito a morrer. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

ABSTRACT

The study sought to understand nursing professionals' perceptions of the dying process and the care support provided to patients and their families. This was a descriptive, field-based, qualitative study conducted with nurses responsible for care during the dying process, using questionnaires as the data collection instrument. The results showed that the professionals held different views on death, seeing it as natural, biological, and spiritual. They reported providing quality care, prioritizing patient comfort and support, in accordance with institutional protocols. Additionally, participants expressed fear of death, stating that this feeling sometimes caused them distress. In conclusion, nursing professionals demonstrated varying perspectives on the concept of death, yet they sought to offer quality assistance throughout the process. Even when following institutional protocols, their approach was humanized, focusing on the comfort of both patients and their families.

DESCRIPTORS: Death. Bereavement. Right to Die. Hospice Care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A morte é inevitável e esperada por todos os seres vivos, pois caracteriza o fim do ciclo biológico. Era comum, antes do século XX, que esta fosse vista como fenômeno natural e inerente ao ser humano, ocorrendo no domicílio e assistida apenas pelas pessoas mais próximas do enfermo. Porém, com o desenvolvimento científico, passou a ser vista como tabu, motivo de vergonha para os familiares, sendo este fenômeno transferido para os hospitais, a fim de prolongar o exício e suprimir o sofrimento do paciente e dos cuidadores¹.

Para os profissionais de saúde, a morte é presenciada com frequência nas rotinas hospitalares e de assistência, devido a doenças e acidentes variados. Mas, mesmo sendo este tema frequente no cotidiano, é pouco discutido entre os trabalhadores que, muitas vezes, entendem a morte como falha no processo de cuidar e, por vezes, sentem-se fracassados por não conseguir salvar uma vida. Ademais, na maioria das graduações em enfermagem, os acadêmicos não possuem disciplina específica que aborde o tema morte e processo de morrer, sendo que discutir a temática desde o início da formação pode trazer maior segurança para os estudantes, diminuir as taxas de estresse, ansiedade e medo e encarar a morte com maior naturalidade².

No início de 2023, o número de mortes no Brasil aumentou, com maior número em pessoas do sexo masculino. Tem-se como causas suicídio, doenças crônicas e acidentes, sendo que as patologias cardiovasculares foram as que mais ocasionaram fatalidades, além do vírus da covid-19. Ademais, o envelhecimento da população contribui para o índice de mortalidade, pois as doenças oportunistas costumam se agravar. O idoso, por ser um grupo com saúde frágil e, por vezes, sem o amparo familiar, acaba tornando-se ainda mais vulnerável, demonstrado pelo aumento do número de internações e de acolhimento nas casas de repouso³.

Diante do exposto, o enfermeiro é quem presta o cuidado integral do paciente e o acompanha durante o adoecimento, inclusive no processo de morrer, desta forma, a pergunta problema deste estudo foi: qual o cuidado oferecido pela equipe de enfermagem aos familiares e pacientes durante o processo de morte? Assim, objetivou-se conhecer as percepções dos profissionais sobre o processo de morte/morrer e compreender o suporte assistencial oferecido pela equipe de enfermagem aos familiares e pacientes.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, de campo e com caráter qualitativo. A pesquisa foi realizada em município do Sudoeste do Paraná que possui cerca de 96.622 habitantes⁴. Dentre os locais da pesquisa, escolheu-se um hospital regional, o qual é referência em atendimentos de alta complexidade na região e ampara os 27 municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde e conta com assistência especializada em diversos ramos, dentre eles, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de cuidados intermediários (UCI)⁵. O segundo local de pesquisa foi um hospital de caráter particular que possui setores especializados, como UTI e emergência⁶. Nas instituições, foram escolhidos os setores de UTI, emergências e clínicas para coleta de dados, por apresentarem pacientes críticos e complexos, os quais podem ter como desfecho o óbito.

Os participantes deste estudo foram enfermeiros atuantes nos setores selecionados para estudo, no qual, a amostragem foi não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram enfermeiros atuantes há pelo menos seis meses, sendo excluídos profissionais que se encontravam ausentes por faltas previstas e não previstas.

A coleta de dados foi realizada de julho a agosto de 2024. Após a aprovação do Comitê de Ética, contactaram-se os enfermeiros responsáveis técnicos dos setores escolhidos para a coleta de dados, procurando organizar um cronograma de coleta de dados, a fim de não interferir na assistência ofertada. Após, disponibilizou-se o questionário em mãos dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estabeleceu-se tempo para que o participante pudesse refletir e preencher o instrumento de coleta.

Dessa forma, utilizou-se como ferramenta um questionário estruturado, conforme a literatura nacional e internacional. Os questionamentos foram: idade, sexo, raça, religião, escolaridade, há quantos anos trabalha na instituição; trabalha em instituição pública ou privada; quantos anos de formação; presenciou óbitos na prática profissional; teve alguma matéria na formação acadêmica sobre o processo de morte ou morrer; o que é a morte para você? Como você realiza a assistência e quais os cuidados são realizados durante o processo de morte e morrer no ambiente de

trabalho? No processo de morte, além dos cuidados com os pacientes, quais cuidados são realizados com os familiares ou cuidadores?

Além disso, os participantes foram nominados com a palavra “Enfermeiro”, em ordem crescente de participação no estudo, para conservar a identidade e, após a transcrição dos dados, os questionários foram destruídos para resguardar a confidencialidade. Os dados foram avaliados por método qualitativo, seguindo os princípios de Bardin, categorizados conforme análise de conteúdo, por meio da descrição das informações expostas⁷.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Paranaense – UNIPAR, sendo aprovado pelo Parecer 6.877.738, em junho de 2024. Preservaram-se os aspectos éticos e legais que são indispensáveis na pesquisa científica, assim como o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados de cada participante, conforme recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 30 enfermeiros, sendo a grande maioria do sexo feminino, com idades variando de 23 a 51 anos, da mesma forma, que pesquisa desenvolvida em hospital do Rio Grande do Sul, o qual obteve a presença de 90% de mulheres na equipe de enfermagem. Em outro estudo, desenvolvido em hospital do Maranhão, obteve-se a presença de 84,85% de mulheres na equipe de enfermagem. A presença majoritária de mulheres na enfermagem possui raízes históricas profundas, as quais associam a profissão como um campo feminino, visto que o cuidado e a compaixão são características frequentemente atribuídas às mulheres⁸.

A média de idade dos profissionais foi de 33 anos, enquanto em estudo realizado em Minas Gerais, a idade dos profissionais foi de 28 anos, já pesquisa realizada no Rio de Janeiro obteve a média de idade de 40,5 anos⁹. As médias de idade variam devido às diferenças demográficas e pode refletir diferentes experiências, níveis de formação e estágios de carreira entre os profissionais das diferentes regiões.

O estudo traz que predominantemente os participantes afirmaram ser de raça branca, da mesma forma, que estudo realizado em São Paulo, no qual 58,3% também

declararam esta cor da pele¹⁰, o que é característico das regiões Centro-Oeste e sulistas do Brasil, devido à colonização europeia.

Quanto à escolaridade, a maioria dos profissionais relatou possuir ensino superior completo e somente dois profissionais referiram possuir pós-graduação, da mesma forma, que estudo realizado em Minas Gerais, com doze profissionais, dos quais, 75% concluíram o ensino superior, enquanto 25% tinham pós-graduação. Em outro estudo realizado com profissionais da equipe de enfermagem do Município do Rio de Janeiro, a grande maioria possuía somente o ensino superior completo. Esses dados sugerem dificuldades dos profissionais enfermeiros na busca de complementação dos estudos após a graduação¹¹.

Quanto à religiosidade dos participantes, a grande maioria se declarou como católica, assim como estudo realizado por meio de formulário disponibilizado nas redes sociais, direcionado exclusivamente a profissionais de saúde, evidenciou que a grande maioria era da religião católica, com 45,5%, seguidos da religião evangélica, com 23,5%¹².

Em relação ao tempo de vínculo com a empresa, os profissionais apresentaram variação de menos de um ano a mais de cinco anos e a maioria trabalha em instituições públicas. Já em um estudo realizado em Santa Catarina, obteve-se que o tempo de trabalho em cuidados paliativos variou entre cinco meses e 20 anos, com média de seis anos de trabalho. Em outro estudo realizado em um centro hospitalar da Região Norte de Portugal, o tempo de serviço variou de um a 42 anos de vínculo com a instituição¹³.

O estudo mostra que a maioria dos profissionais já presenciou óbitos, tanto de adultos quanto de crianças, assim como em hospital público de Rondônia, no qual 100% dos profissionais presenciaram o óbito de pacientes¹⁴. Ademais, em outro estudo realizado em hospital de Brasília, 40% dos profissionais relataram que diariamente são submetidos a situações de óbito na unidade de terapia intensiva¹⁵.

Dos participantes do estudo, metade relatou que o tema foi abordado durante a graduação, já estudo realizado em Salvador, na Bahia, todos os participantes afirmaram que prestaram assistência a pacientes em fase terminal, mas somente 32% tiveram este tema durante a graduação¹⁶.

Para tanto, o que se sabe sobre a morte foi construído por valores sociais, crenças religiosas ou culturais e também por pensamentos filosóficos, o que de certa forma molda a forma de entender e reagir diante das perdas. Em consequência disso,

a morte passa a ser motivo de reflexão, pois mostra como os seres humanos são codependentes uns dos outros, e isso a torna dolorosa¹⁷.

Há quem diga que existe contradição quando evita-se falar da morte, visto que quando criança, encontra-se temporalmente distante, quando idosos ou doentes, não se aborda o assunto, pois ela está próxima e quando uma pessoa perde um ente, evita-se falar sobre a morte, sabendo que ela está presente. Ou seja, não falar sobre a morte não significa que ela não acontecerá, e sim se evita que os sentimentos venham à tona, assim como a necessidade de refletir sobre o assunto¹⁸.

Quando questionados sobre o que é a morte, verificou-se que os profissionais apresentaram conceitos diferentes e influenciados pelos aspectos espirituais, formação acadêmica e vivências pessoais e profissionais, sendo esta categoria intitulada de “A morte em todas as suas formas”, dividindo-se em três subcategorias. A primeira evidencia o processo de morte como ciclo natural da vida do ser humano, no qual o sujeito nasce, cresce, desenvolve-se e, ao final, finaliza-o por meio da morte, conforme discursos que seguem.

A morte faz parte do processo da vida do ser humano, torna-se extremamente natural no ponto de vista, nascer e, então, morrer. (Enfermeiro 2).

Morte é um processo natural, independente da causa, ela chegará para todos, por isso, a trato com naturalidade. (Enfermeiro 22).

É quando um ciclo se finaliza, encerra. (Enfermeiro 3)

Assim como o nascer, a morte também faz parte do processo do ciclo de vida. (Enfermeiro 20)

O fim do ciclo da vida, onde se desligam de tudo. (Enfermeiro 28)

Assim, os profissionais buscam experiências passadas para enfrentar este processo, mas entendem a morte como natural e fisiológica, sendo inerente ao ser vivo, e se destaca por ser a única certeza que se têm durante todo o período da vida, assim, discorrem este processo como parte de um ciclo, submetem-se à temporalidade, no qual todo o ser nasce, cresce e, por fim, morre. Ademais, os profissionais da saúde, em específico a enfermagem, estão presentes em todos os ciclos de vida do ser humano, desta forma, cabe a esta profissão integrar todas as dimensões do cuidado no atendimento ao cliente, como aspectos físicos, psíquicos, biológicos e espirituais, com assistência humanizada, a fim de ajudar o paciente a

nascer, viver de forma saudável, ensiná-los a adaptar-se com as limitações e, enfim, a morrer com dignidade¹⁹.

A segunda subcategoria demonstra que os enfermeiros definiram a morte como a ausência dos sinais vitais, no qual o corpo não desenvolve as funções fisiológicas que está destinado a desempenhar, evidenciado um conceito biológico do processo de morrer, conforme relatos seguintes.

Ausência das funções básicas do organismo. (Enfermeiro 16)

Morte é ausência de vida, o que vem depois ninguém sabe, só existem suposições, idealizações por religiões, então, significa ausência e fim. (Enfermeiro 27)

No decorrer dos anos, pode-se perceber como a morte passou a apresentar outros significados, além da terminalidade, como também significados simbólicos, ligados a ciclos que se findam, desde mudanças físicas e emocionais. Pouco se fala sobre o fim, mas, para os enfermeiros que descrevem friamente esta subcategoria, a ausência das funções básicas que mantém o organismo vivo, a falta dos sinais vitais, quando declarado é o que define a morte do ser²⁰.

Nesse contexto de morte natural, o conceito biológico é tido como fundamento para entender o fenômeno, sendo definida a terminalidade do corpo como o fim, a partir do momento que o organismo não tem mais funcionalidade. É o momento em que o corpo se desliga da alma e avança em um sono profundo, em que as dores e os sofrimentos acabam e as funções vitais deixam de existir e, assim, o corpo descansa²¹.

Assim, a morte biológica é o fim irreversível do processo vital do organismo, caracterizada pela suspensão das funções orgânicas que mantêm um ser vivo. Ela ocorre quando o corpo não consegue manter o equilíbrio homeostático e, conseqüentemente, as funções vitais, como atividade cardíaca ou respiratória. A morte natural e biológica pode ocorrer, devido a diversos fatores, como patologias, envelhecimento, traumatismos e falhas orgânicas, sendo que, após a morte, o corpo passa por processos como *rigor mortis*, autólise, putrefação e esqueletização, que acarretam decomposição da matéria orgânica²¹.

Em consequência disso, por anos, a morte estava associada à ausência de funcionalidade de órgãos vitais, principalmente o coração, fazendo com que pacientes fossem mantidos em máquinas que substituíam a função cardiorrespiratória, com

intuito de reverter o quadro final, entretanto, essa questão gerou dúvidas sobre a definição de morte biológica, já que com a ajuda de aparelhos, possibilitou-se manter o organismo estável²².

No entanto, com o avanço tecnológico e os estudos realizados na área, o conceito de morte encefálica surgiu para contradizer o que até então era reversível. A morte cerebral é a perda dos impulsos nervosos que são comandados pelo cérebro, logo, quando esses estímulos são cessados, os órgãos vitais findam as atividades fisiológicas. É causada por lesões cerebrais graves, como traumatismo craniano e hemorragia cerebral, e é caracterizada por coma profundo, ausência de resposta a estímulos, de atividade elétrica cerebral, reflexo cerebral e de respiração espontânea. O diagnóstico da morte cerebral somente pode ser comprovado após avaliação criteriosa e rigorosa, por meio de exames clínicos, laboratoriais de imagem e que avaliam a atividade cerebral, pois a confirmação acarreta questões éticas e legais, além de ser importante para doação de órgãos²³.

Em contrapartida, alguns profissionais descreveram a morte como processo espiritual, de passagem de um plano para outro, evidenciando o aspecto religioso e espiritual da morte, caracterizando a terceira subcategoria.

É uma etapa, um evento, um marco na narrativa da vida da pessoa humana, esse marco pontual e certo põe fim na vida do corpo, mas eterniza a vida da alma. (Enfermeiro 4)

Além de morte física, acredito na parte espiritual, uma forma de desligamento do ser nesse terreno, indo além da parte científica. (Enfermeiro 18)

Uma passagem para outra vida, algo maior, outra dimensão. (Enfermeiro 7)

Logo, os enfermeiros buscavam acalento na espiritualidade para conformar a partida, acredita-se que o corpo fica, mas a alma transcende para outra dimensão, de forma que exista outro plano, o espiritual, no qual a alma permanecerá na “vida eterna”¹².

Desde séculos atrás, as populações acreditavam em algo superior para intervir no significado de morte, independente das crenças ou dos valores, cada sociedade tinha a forma de conduzir a morte. E, mesmo atualmente, percebe-se que a espiritualidade ainda assume papel fundamental para desvendar os mistérios do pós-morte, pois, por

meio disso, entende-se que cada pessoa tem uma missão e somos destinados a experienciar a vida pelo período que nos for estipulado, assim, justifica-se o motivo pelo qual viemos ao mundo²³.

Ao partir desse pressuposto, quem não crê em algo, sente medo da morte, do desconhecido, pois as incertezas se sobressaem, no que tange ao assunto. Pelo contrário, quem possui crenças religiosas, traz o sentimento de vida após a morte e a negam como fim absoluto. Acreditam que ela é a transição do ser para outro estado, como um espírito, alma, fantasma, e, neste sentido, dividem o mundo como céu e inferno, distinguindo, assim, o destino de quem parte²⁴.

Por conta disso, os cuidados de enfermagem neste período se tornam cruciais no âmbito familiar e psicológico, dito isso, a permissão para partida (PP) se torna um cuidado terapêutico, com objetivo de interligar família, paciente e enfermeiro, de modo que possam expressar livremente os sentimentos. Além disso, essa terapêutica tem por finalidade o acolhimento durante o processo de morte e morrer, fornecendo amparo nas crenças que acreditam e favorecendo o perdão, o amor e a compaixão entre os envolvidos e, conseqüentemente, o consolo, após o descarrego da culpa².

Quando abordados sobre como realizam a assistência durante o processo de morte e morrer, percebeu-se que os profissionais apresentaram visões variadas, sendo intitulada esta categoria como “As formas de cuidado no processo de morrer” e subdivididas em três subcategorias. A maioria dos enfermeiros descreveram o processo de morrer como momento para oferecer conforto ao paciente, aliviar dores e utilizar métodos que forneçam maior qualidade de vida durante o período, evidenciando a importância de ofertar conforto ao paciente e familiar, conforme os discursos que seguem.

Importante prezar pelo conforto do paciente, além do apoio emocional ao paciente e aos familiares. (Enfermeiro 18)

São realizados atendimentos em conjunto da equipe multiprofissional, fornecendo o suporte necessário, informações claras e livre acesso para visitas. Na morte, os pais são comunicados pessoalmente pelo médico e enfermeiro (psicólogo do dia) entregue o neonato no colo da mãe, se assim dispor, e fornecido carta do setor e orientações relacionadas ao processo pós-morte. (Enfermeiro 10)

Assistência humanizada, menos invasiva possível. (Enfermeiro 30)

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), com o aprimoramento das técnicas e dos aparelhos hospitalares, obteve-se a melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, na expectativa de vida da população. Desta forma, a partir do século XX, o processo de morte e morrer passou a ocorrer nos hospitais, com objetivo de evitar a finitude. Nesse contexto, os profissionais de saúde passam a ser protagonistas do cuidado, pois fornecem a assistência necessária ao paciente e ao familiar que enfrenta o processo de luto²⁵.

Para tanto, a morte, ainda, é um momento desafiador, no ambiente hospitalar e, principalmente, no seio familiar. Assim, o enfermeiro se destaca por prestar cuidado integral ao paciente, oferecendo medidas de conforto que melhorem a qualidade de vida durante o processo, favorecendo a evolução para uma morte digna. Desta maneira, a religião e a espiritualidade são primordiais para o enfrentamento da morte, pois proporcionam melhor entendimento sobre o morrer e facilitam a aceitação²⁴.

A doença, quando diagnosticada em fase terminal, ameaça o bem-estar do paciente e também do cuidador que enfrenta conjuntamente o processo. No entanto, o cuidado paliativo visa abordagem não invasiva, melhorando a qualidade de vida do enfermo, proporcionando a prevenção e o alívio da dor, tanto quanto buscam por afirmar a vida e entender a morte como processo natural¹².

Em suma, percebe-se que os profissionais envolvidos no cuidado buscam pela assistência humanizada, fornecendo controle efetivo da dor, com objetivo de fazer com que o paciente tenha autonomia nas próprias decisões, na mesma medida, que recebam os cuidados necessários para enfrentar a morte e o processo de morrer da forma mais íntegra possível, trazendo tranquilidade e segurança no campo familiar, espiritual, psicológico e social²².

Ademais, outros profissionais relataram que o acolhimento é uma das formas de prestar assistência, tanto ao enfermo quanto ao familiar, caracterizando esta subcategoria, conforme o relato seguinte.

A morte é um fato pouco abordado pelas pessoas no geral, sabendo da dificuldade das pessoas entenderem esse processo, eu costumo abordar primeiro acolhendo a dor do familiar no processo, verificando o nível de entendimento dele sobre a causa, respeitando o que a ausência física do ente irá ocasionar, afinal, as dores nunca são apenas emocionais e cada pessoa terá uma crença, uma referência e uma circunstância diante desse processo que é, muitas vezes, um alívio e uma dor. Eu realizo a assistência com conhecimento técnico, empatia e seriedade. A ambiguidade e o conjunto de informações excessivas são

pontos que precisam ser abordados e tratados com expertise. Saber passar segurança e conseguir estar ao lado dos que ficam é uma habilidade treinável. (Enfermeiro 4)

Para muitas pessoas, morrer significa separar-se do ente querido e experienciar o desconhecido. Desta forma, a ansiedade relacionada à morte prejudica o processo, uma vez que gera desconforto tanto para o paciente quanto para o familiar. Nesse cenário, os cuidados paliativos buscam compreender o morrer como algo natural, sem o objetivo de adiantar ou prolongar a morte. Trata-se de cuidados que amenizam a dor e o sofrimento, e proporcionam o acolhimento ao paciente durante o processo de morrer e ao familiar nos pós-morte, para que passem pelo luto com tranquilidade e apoio¹².

No entanto, a passagem do luto ocorre de forma individualizada, cada um no seu íntimo e no seu tempo. Porém, a equipe multiprofissional deve estar disponível para acolher o sofrimento, conhecendo os sinais da perda, oferecendo assistência e apoio para enfrentarem o pós-morte. Deste modo, o luto é um processo doloroso e lento, no qual o familiar irá construir os sentimentos de forma natural, passando pelas fases de negação, raiva, barganha, depressão e, então, aceitação, e que pode durar, em média, um a dois anos²⁶.

Outros profissionais declaram que este processo é natural e seguem os protocolos institucionais para dar continuidade à assistência, não sendo difícil atuar durante o processo e, após declarado o óbito, realizam os procedimentos necessários, conforme discursos que seguem.

Primeiramente, conforme os protocolos institucionais de gerenciamento de óbito e cuidados com o corpo pós-morte. Segundamente, como é um momento sensível para todos, a equipe tenta manter a calma e entender as reações de cada um e, na medida do possível, ajudar os colegas nesse momento. (Enfermeiro 11)

Os cuidados realizados no processo de morte são realizados com naturalidade, temos que encontrar equilíbrio emocional para poder lidar com a situação, informando a família sobre o ocorrido. Geralmente, é o médico que providencia. Higiene e organização do corpo, separar os pertences pessoais, identificar e encaminhar para o local adequado – necrotério. (Enfermeiro 27)

No Brasil, os rituais de morte são constituídos de acordo com a religião, as crenças e os costumes do paciente e dos familiares. Porém, até que isto ocorra, existem processos burocráticos por trás de cada morte, como a declaração de óbito,

preparação do corpo, encaminhar para necrotério e após funerária, e, por fim, avisar e acolher o sofrimento dos familiares²⁷.

Portanto, conforme discursos dos enfermeiros participantes, este evento se torna natural, e, para muitos, a morte acontece cotidianamente, assim, acaba sendo corriqueiro lidar com este processo, tanto quanto com o familiar enlutado. Os profissionais entendem o morrer como parte do trabalho e realizam os procedimentos necessários, de acordo com os protocolos institucionais, assim, a morte não interfere no processo de trabalho e contribui para o amadurecimento profissional¹⁷.

Em alguns casos em que a morte já é esperada, como em pacientes paliativos ou com doenças crônicas, a família e o próprio enfermo começam a ser preparados para a morte. Muitos hospitais têm como protocolo que os envolvidos no cuidado passem por avaliações psicológicas e com a assistente social, para que passem pelo luto de maneira menos invasiva¹².

Quando os profissionais foram questionados sobre os sentimentos vivenciados durante o cuidado ao paciente na morte e morrer, percebe-se que tempo de formação, estudo complementar sobre a temática e perfil dos pacientes fazem com que cada profissional demonstre características peculiares frente à morte, sendo esta categoria intitulada de “Sentimentos e experiências profissionais frente ao morrer”, conforme os discursos.

Um grande medo, uma revolta. (Enfermeiro 5)

Para mim, não é uma coisa boa, não consigo pensar como se dá o fim e para onde vamos, mas tento não pensar, fico com taquicardia em pensar, deixar minhas filhas, quero viver uns 300 anos. (Enfermeiro 19)

No início da vida profissional, achava mais complicado, pelo fato de não entender a morte como um processo natural que todos iremos passar um dia. Minha maior dificuldade era aceitar a morte de crianças e pessoas jovens, hoje, entendo que cada pessoa nasce com um propósito na vida e um tempo determinado para viver e morrer. (Enfermeiro 1)

Entendo que a morte é uma passagem deste mundo físico para o espiritual, busquei sozinha conhecer os processos de morte, buscando e levando para o paciente e familiar, que o ente querido cumpriu sua missão neste plano e que a morte é um livramento deste plano para algo melhor. (Enfermeiro 26)

Hoje, tenho a morte como um processo que todos vamos passar e quando necessário lidar com o luto dos familiares, oriento que conversem, se perdoem, falam que amam, deixem desavenças de lado

neste momento, para que a passagem do paciente seja melhor espiritualmente. (Enfermeiro 23)

Procuro respeitar o momento de despedida dos familiares, compreender as necessidades do momento e conduzir conforme protocolo da instituição, mas, para mim, o sentimento é indiferente e não levo para o lado pessoal. (Enfermeiro 16)

Processo extremamente doloroso, uma vez que a dor de uma mãe é algo imensurável e inconsolável. Sinto-me incapaz e impotente. (Enfermeiro 10)

A morte, embora corriqueira, torna-se inimiga dos profissionais de saúde, principalmente para os enfermeiros, pois esta categoria é a que está à frente da assistência, prestando o cuidado integral, em todos os setores e, de fato, é o que passa maior parte do tempo em contato efetivo com o paciente e o familiar. Por isso, é normal vermos enfermeiros criando laços com os pacientes, tornando-se íntimo de familiares e pacientes, e essa proximidade gera dor e sofrimento nos pós-morte, pois não conseguem separar o profissional do lado pessoal²⁸.

Ademais, devido ao senso de heroísmo, a fim de criar a falsa ideia de que terá controle sobre a morte, a enfermagem acaba por prolongar o processo de morte/morrer, por estarem diariamente expostos a esse evento, quando perdem o paciente, alimentam o sentimento de tristeza e impotência. Além disso, a morte é motivo de revolta, inclusive para os profissionais, visto que na graduação, aprende-se a lidar com a vida, mas não com a morte e, portanto, não se sentem preparados para lidar com a morte do paciente e nem com o luto dos familiares, visto que é difícil conter os sentimentos e não se envolver emocionalmente, como enfatizado pelos discursos dos profissionais participantes²⁹.

Além disso, o ser humano é o único animal que tem consciência que vai morrer, isso os faz encarar a morte do outro como parte da própria finitude. É comum considerar natural quando pacientes idosos falecem, mas quando acontece com crianças ou de forma inesperada, já se torna motivo de revolta entre os profissionais. O medo e a revolta causam sofrimento, angústia e sentimento de invalidez, pois acreditam que poderiam ter feito mais pelo paciente ou até mesmo evitado a morte³⁰.

O presente estudo buscou identificar o nível de preparo do enfermeiro diante da morte e como o mesmo realiza os cuidados durante o processo, portanto, reforça-se a importância da formação profissional e das capacitações na área, tanto quanto a criação de políticas públicas que valorizem o cuidado paliativo e a assistência ao

paciente terminal. Logo, este estudo auxiliará futuros pesquisadores a ampliarem estudos neste campo e desmistificarem conceitos que perpetuam até os dias atuais, tanto quanto contribuirá para a categoria de enfermagem, a fim de estabelecer, cada vez mais, um cuidado humanizado, com práticas que preservem o bem-estar do paciente e familiar.

CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem participantes demonstraram visões diferentes sobre o conceito de morte, mas buscaram oferecer assistência de qualidade durante o processo de morrer, mesmo que seguindo protocolos institucionais, faziam com humanização e buscavam o conforto do paciente e dos familiares, acolhendo e amenizando o sofrimento.

Portanto, a morte possui muitos significados e formas de experimentá-la, sendo assim, o enfermeiro desempenha papel importante na assistência de pacientes que passam pelo processo de morte, tanto quanto para o familiar que vivencia o luto, pois garante conforto, alívio da dor e busca oferecer morte digna. Deste modo, é necessário que sejam respeitadas as crenças religiosas e os valores culturais de forma individual, bem como os aspectos sociais e emocionais, para que o paciente passe pelo processo de morte com tranquilidade, da mesma forma que quem fica, aceite-a de forma natural, procurando conforto no que acredita.

Em síntese, a assistência do enfermeiro no processo de morrer é uma prática complexa que requer habilidades técnicas, sensibilidade e humanização. Ao cuidar do paciente durante este momento, é preciso agir com respeito e compaixão, tanto quanto com os familiares enlutados.

REFERÊNCIAS

1. Silva ACR, Silva BCM, Dias CAR, Melo R, Coelho AC. Morte e luto em ambiente hospitalar: uma vulnerabilidade na saúde mental dos profissionais de enfermagem. *Acervo Enferm* [Internet]. 2023 [citado 2024 mar. 6]; 3(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e12614>. 2023.
2. Siqueira MEC, Mergulhão LMR, Pires RFSA, Jordán APW, Barbosa LNF. Atitude perante a morte e a opinião de estudantes de medicina acerca da formação no

- tema. Rev BrasEduc Médica [Internet]. 2022 [citado 2024 mar. 6]; 46(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20210459>.
3. Venceslau HG, Santana MMCG, Souza AGS, Cabral SAAO, Bezerra MMM. Envelhecimento e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. ID On line Rev Psicol [Internet]. 2023 [citado 2024 mar. 6]; 64(17). DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v17i67.3796>.
 4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Francisco Beltrão – PR [Internet]. 2024 [citado 2024 mar. 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/francisco-beltrao/panorama>.
 5. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Hospital Regional do Sudoeste [Internet]. 2024 [citado 2024 mar. 6]. Disponível em: <https://hospitalsudoeste.saude.pr.gov.br/>.
 6. Policlínica São Vicente de Paula [Internet]. 2024 [citado 2024 mar. 6]. Disponível em: <http://www.psvp.com.br/>.
 7. Valle PRD, Ferreira JL. Análise de conteúdo na perspectiva de bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. Scielo Preprints. 2024 [citado 2024 set. 15]. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>.
 8. Nascimento MS, Farah NC, Fonseca ADG, Amorim TV, Farão EMD, Paiva ACPC. Cuidados paliativos à pessoa com ferida neoplásica: percepções e práticas da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPI [Internet]. 2024 [citado 2024 out. 3]; 13:e-4420. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.4420>
 9. Soneghet LF. Fazendo o melhor da vida na morte: qualidade de vida, processo de morrer e cuidados paliativos. Rev M [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 26]; 5(10):357-82. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i10.357-382..>
 10. Costa BM, Silva DA. Performance of the nursing team in palliative care. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado 2024 out. 3]; 10(2). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12553>.
 11. Nascimento MS, Farah NC, Fonseca ADG, Amorim TV, Farão EMD, Paiva ACPC. Cuidados paliativos à pessoa com ferida neoplásica: percepções e práticas da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPI [Internet]. 2024 [citado 2024 out. 3]; 13:e-4420. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4420/4344>.
 12. Böger R, Bellaguarda MLR, Knihs NS., Manfrini GC, Rosa LM, Santos MJ, Caravaca-Morera JA. Palliative professionals: stressors imposed on the team in the death and dying process. Texto Contexto – Enferm [Internet]. 2022 [citado 2024 out. 7]; 31:e-20210401. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0401en>.
 13. Cardoso MFPT, Martins MMFPS, Trindade LL. Atitudes frente à morte: visões de enfermeiros no ambiente hospitalar. Texto Contexto – Enferm [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 10]; 29:e-20190204. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0204>.

14. Leite MR, Montelo NMS. Profissionais de saúde e sua relação com a morte e o morrer de pacientes em UTI. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet]. 2021 [citado 2024 out. 11]; 13(2):e-6060. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6060.2021>.
15. Souza SAN, Nogueira SCR, Santos WL, Santos ALM. Óbito e luto: os desafios encontrados pela equipe de enfermagem. Rev JRG Estud Acad [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 11]; 3(6):36–43. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4292324>.
16. Pires IB, Menezes TM, Cerqueira BB, Albuquerque RS, Moura HC, Freitas RA, et al. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 12]:e-APE20190148. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0148>.
17. Silva MCQSS, Vilela ABA, Boery RNSO, Silva RS. O processo de morrer e morte de pacientes com covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade. Cogitare Enferm [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 23]; 25:e-73571. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.73571>.
18. Bender MS, Sott MK, Bedin SC. A morte em cena: sentidos simbólicos do morrer e repercussões na humanização do cuidado. Open Science Research [Internet]. 2022 [citado 2024 out. 23]; 44:632-50. DOI: <https://doi.org/10.37885/220910008>.
19. Andrade PCST, Gomes AMT, Spezani RS, Nogueira VPF, Barbosa DJ, Bernardes MMR et al. Representação social da morte para estudantes de enfermagem. Psicol Ter e Pesq [Internet]. 2021 [citado 2024 out. 26]; 26. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71628>.
20. Ramos VC, Cirino AAOG. Concepções sobre a morte e o morrer entre estudantes de psicologia. Estud Interdiscip Psicol [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 23]; 11(1):26-28. DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n1p26>.
21. Rodrigues MAM. A morte na perspectiva biológica e espiritual na relação de um fenômeno natural celular. Relicario Rev MAS [Internet]. 2021 [citado 2024 out. 26]; 8(15). DOI: <https://doi.org/10.46731/RELICARIO-v8n15-2021-188>.
22. Nascimento LF, Arilo LMC, Silva LMO, Oliveira MAM. Compreensão da morte e do morrer: um estudo com residentes. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2022 [citado 2024 out. 26]; 42. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003233879>.
23. Westphal GA, Veiga VC, Franke CA. Determinação da morte encefálica no Brasil. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2019 [citado 2024 out. 26]; 31(3). DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190050>.
24. Villegas VCA, Rodrigues ALP, Ribeiro ER, Almeida MJ, Esperandio MRG. Coping espiritual/religioso e fim de vida. Rev Bras Med Família Comun [Internet]. 2022 [citado 2024 out. 26]; 17(44). DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3011](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3011).
25. Zenevitz LT, Bitencourt JVOV, Léo MMF, Madureira VSF, Thofehr MB, Conceição VM. Permissão de partida: um cuidado espiritual de enfermagem na finitude humana. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 24]; 73(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0622>.
26. Santiago MECF, Carvalho EM, Pessoa RL. O entendimento dos estudantes de enfermagem acerca do processo de morrer e morte. Ensaios e Ciência: ciências

- biológicas, agrarias e da saúde [Internet]. 2019 [citado 2024 out. 25]; 23(2):126-31. DOI: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p126-131>.
27. Silva AV. Os 'ritos possíveis' de morte em tempo de coronavírus. Rev Est Conflitos Controle Social [Internet]. 2020 [citado 2024 nov. 3]; 1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Andreia-Silva-3/publication/343219723_Os_'ritos_posseiveis'_de_morte_em_tempos_de_coronavirus/links/5f1d5f8f45851515ef4aa6dc/Os-ritos-possiveis-de-morte-em-tempos-de-coronavirus.pdf.
28. Souza MT, Nascimento CA, Spezani RS. Influências da espiritualidade e religiosidade na assistência de enfermagem a pacientes que fazem o processo morte-morrer. Rev Pro-Universus [Internet]. 2019 [citado 2024 out. 28]; 10(2). DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1919>.
29. Cardoso MFPT, Ribeiro OMPL, Martins MMFPS. A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [citado 2024 nov. 4]; 40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>.
30. Peito BB, Melo MA, Longo CS. Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de pacientes sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. Rev Psicol Foco [Internet]. 2020 [citado 2024 out. 26]; 12(17). Disponível em: <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/3776>.

RECEBIDO: 02/12/2024
APROVADO: 25/03/2025

Fatores Associados ao Consumo de Álcool na População Indígena Brasileira: Uma Revisão Integrativa

Factors Associated with Alcohol Consumption in the Brazilian Indigenous Population. An Integrative Review

Rodrigo Pereira Pio¹, Alexandre Kieslich da Silva², Renata Brasil de Araújo³

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9989-9567>. Psiquiatra, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: rpereirapio@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1370-5259>. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Medicina na Universidade do Vale do Taquari/UNIVATES. Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: akieslich@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2772-2233>. Doutora em Psicologia, Hospital São Pedro de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: renataudbrasil@terra.com.br

RESUMO

O consumo excessivo de álcool é um problema de saúde pública nas comunidades indígenas brasileiras. A falta de políticas eficazes e o estigma associado ao uso de substâncias agravam a situação, e a diversidade cultural e geográfica dificulta a padronização das escalas e a investigação sobre o consumo. Este artigo realizou uma revisão integrativa nas bases "PubMed" e "SciELO" com as palavras-chave: alcoholism, alcohol drinking, alcohol use, alcoholic beverages, indigenous people, Health of indigenous people, selecionando estudos específicos sobre populações indígenas brasileiras publicados entre 2002 e 2023. Foram incluídos 11 artigos. Fatores associados ao uso problemático incluíram beber sozinho, ser masculino, consumo diário e uso de cachaça. Fatores protetores incluíram a participação em comunidades evangélicas e ser feminino. Consequências principais foram brigas, suicídio, enfermidades e prejuízo laboral. A diversidade de dados é significativa, e a magnitude do problema é incerta devido a limitações

metodológicas. É essencial continuar investigando o consumo de álcool em populações vulneráveis, considerando as características regionais.

DESCRIPTOR: Consumo de bebidas alcoólicas. Saúde de populações indígenas. Povos Indígenas.

ABSTRACT

Excessive alcohol consumption is a public health problem in Brazilian indigenous communities. The lack of effective policies and the stigma associated with substance use aggravate the situation, while cultural and geographical diversity complicates the standardization of measures. An integrative review was conducted in the "PubMed" and "SciELO" databases using the keywords: alcoholism, alcohol drinking, alcohol use, alcoholic beverages, indigenous people, Health of indigenous people, analyzing studies from 2002 to 2023. Eleven articles were selected. Factors associated with problematic use included drinking alone, being male, daily consumption, and the use of cachaça. Protective factors included participation in evangelical communities and being female. The main consequences were fights, suicides, illnesses, and labor impairment. The diversity of data is significant, and the magnitude of the problem is uncertain due to methodological limitations. It is essential to investigate considering regional characteristics.

DESCRIPTOR: Alcohol drinking. Health of indigenous peoples. Indigenous peoples.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022, a população indígena estava presente em 26 estados brasileiros. Ao total, são 1.693.535 habitantes, distribuídos em 260 povos e que representam 0,83% do total da população brasileira. Sua demografia se distribui de forma desigual: Amazonas e Bahia concentram 42,51% do número total. Sendo assim, houve aumento de 89% de pessoas declaradas indígenas na última década¹.

O uso problemático de álcool na população indígena não é um tema recente no Brasil, nem se limita ao território nacional, embora políticas públicas de saúde nessa área tenham sido implementadas apenas nos últimos 20 anos². Algumas substâncias psicoativas, como a *ayahuasca*, sempre foram amplamente difundidas entre os povos ameríndios, e o consumo de bebidas fermentadas já existia antes da chegada dos europeus. O *pulque* no México, o *guarapo* e o *sinisco* na América Central, a *aloja* na Argentina e o *cauim* no Brasil são exemplos de bebidas fermentadas originadas de frutas, mel e sementes, tradicionalmente produzidas para celebrações. Originalmente, essas bebidas possuíam uma função grupal, utilizadas em comemorações específicas. Contudo, com a instalação de fazendas de engenho, esse hábito foi deturpado, resultando no aumento do consumo alcoólico no cotidiano indígena e na introdução de novas formas de produção alcoólica³.

Mudanças socioculturais no processo de colonização e o sofrimento individual e/ou coletivo foram fatores determinantes para a quebra do equilíbrio individual e/ou social das comunidades. O alcoolismo se manifestou como consequência de um desequilíbrio social juntamente com outros fenômenos, como a violência hetero ou auto dirigida. Dessa forma, o processo de alcoolização pode ser uma expressão dos sinais de um processo de deterioração da pessoa e da sociedade⁴.

A falta de entendimento desse assunto acaba corroborando por manter a imagem do “índio bêbado”, que muitas comunidades não indígenas carregam em seu discurso. O estigma do indígena embriagado dificulta o suporte necessário que estes indivíduos deveriam receber para superar a dependência. Em consequência disso, parte da sociedade não indígena observa o indivíduo indígena como alguém “fraco” e “preguiçoso”, contudo, há falta de evidências conclusivas que indiquem que os

indígenas estão geneticamente mais suscetíveis ao uso do álcool, restando apenas fatores psicossociais para explicar o problema⁵.

Para muitos destes povos, contudo, os estilos de beber mudaram e o comportamento e a origem do ritual foram se perdendo ao longo do tempo. Os Bororos, por exemplo, costumavam preparar a *chicha* para ficarem alegres e para manterem relações sociais, porém o comportamento dos que bebem a cachaça hoje é caracterizado por agressão e violência física. Alguns autores atribuem essa mudança de comportamento à introdução das bebidas destiladas, ao processo de pacificação e à inserção do indígena na sociedade envolvente. Nota-se com clareza como os mecanismos tradicionais de controle perderam a eficácia⁶.

Ao tratarmos do tema indígena, devemos primeiramente observá-lo de um ponto de vista múltiplo, pois estamos englobando em um só título, mais de 305 etnias e 154 idiomas em amplo território brasileiro. Dessa forma, denominar as palavras Tupi-guarani ou Yanomami, com intenção de normatizar, pode nos levar a um grande erro, pelo motivo que, por si só, esses nomes englobam uma infinidade de culturas diferentes. Por outro lado, essas denominações se fazem necessárias, ao tornassem a única forma de categorizar comunidades heterogêneas⁷.

A diversidade de costumes e de exposição ao álcool é comum no território brasileiro, se refletindo em uma prevalência de consumo variada. Um estudo realizado com 230 indígenas de 12 aldeias Karipuna em Oiapoque, no Amapá, mostrou que a prevalência (nos últimos 12 meses) do uso abusivo de álcool foi de 24,8% de uma a três vezes ao ano; de 20,4% de quatro a seis vezes; de 12,2% de sete a dez vezes e de 9,6% em mais de dez vezes ao ano⁸.

Cada vez que o uso do álcool se distancia do contexto original ritualístico e se aproxima de um uso mais nocivo, as comunidades ficam mais expostas a um maior prejuízo cultural, além de trazer como consequência doenças como hepatopatias, diabetes, neoplasias ou obesidade⁵. Segundo os dados fornecidos pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE): Em 2022, a população indígena brasileira já soma 1.693.535 de pessoas, representando 0,83% da população nacional, ainda assim é uma população que carece de investimento e de dados fidedignos no âmbito da saúde pública¹.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura com o intuito de identificar e analisar os fatores associados ao consumo de álcool na população indígena brasileira. A revisão busca mapear os principais padrões

de uso, fatores de risco e protetores, além das consequências diretas e indiretas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas nessas comunidades. O estudo pretende contribuir para o entendimento das particularidades culturais e regionais que influenciam o uso de álcool entre os povos indígenas do Brasil, com vistas a fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e o tratamento do alcoolismo nesse grupo populacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa utilizando as palavras-chave *alcoholism*, *alcohol drinking*, *alcohol use*, *alcoholic bevarages*, *indigenous people*, *Health of indigenous people* nas bases de dados: Pubmed e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados artigos publicados de 2012 até 2022, nos idiomas português, espanhol e inglês, referentes unicamente à população indígena brasileira. Todos os tipos de publicações foram incluídas na busca, sejam estudos transversais, revisões, ensaios ou opiniões de especialistas. Como critério de exclusão, foram descartados artigos que incluíam comunidades indígenas estrangeiras, artigos de critérios diagnósticos, artigos duplicados, estudos referentes a outras substâncias psicoativas, estudos referentes a populações quilombolas, e por último, estudos nos quais não foram avaliadas causas ou consequências do alcoolismo por parte desta população específica. Por se tratar de uma revisão, este artigo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa

O levantamento das publicações foi realizado no período de julho de 2022 até dezembro de 2022 usando em ambas as bases de dados o cruzamento *((alcoholism) OR (alcohol drinking) OR (alcohol use) OR (alcoholic bevarages)) AND ((indigenous people) OR (Health of indigenous people))*. Foi realizada uma ampla revisão dos artigos que preenchiam os critérios de busca. Ao todo, 1.185 artigos foram contemplados dentro dos critérios de inclusão. Dessas publicações selecionadas, 1.174 estudos foram descartados por meio dos critérios de exclusão, pelo motivo de não se encaixarem à temática central da revisão ou por estarem duplicados. Optou-se também por não incluir artigos midiáticos ou relatos de experiência.

RESULTADOS

Foram selecionadas as palavras: *alcoholism; alcohol drinking; alcohol use; alcoholic bevarages; indigenous people; Health of indigenous people*. Dentre os artigos selecionados, um artigo fazia referência a amostras de espectro nacional, duas publicações faziam referência a amostras de comunidades procedentes do Nordeste (ambas Potiguar), sete artigos faziam referência de amostras procedentes da região Norte do país (Tikuna, Iauaritê, Mura, Tenharim, Karitiana, Galibi Marworno e Karipuna) e apenas um estudo se tratava sobre uma comunidade pertencente ao Sul do país (Kaingang).

Outra forma de classificá-los seria em relação ao objetivo principal de pesquisa. Apenas cinco artigos, dos onze selecionados, tinham como objetivo principal o descobrimento de fatores de associação das comunidades com o uso do álcool, três estudos tinham como objetivo descrever a percepção intracomunitária ou extracomunitária dos indivíduos quanto ao álcool, dois estudos se tratavam de artigos epidemiológicos e, por fim, um estudo tinha como objetivo investigar as consequências diretas que o uso da bebida causa nas comunidades.

Barreto, Dimenstein e Leite conduziram entrevistas semiestruturadas com nove indígenas para investigar a percepção sobre o uso de álcool na comunidade. Os resultados indicaram que homens solteiros são o grupo mais vulnerável ao consumo excessivo, com cachaça e cerveja associados a uso problemático, em contraste com bebidas fermentadas locais. O consumo ocorre em diversos locais, como residências e bares, e é influenciado por pressão social e familiar. Fatores associados ao uso excessivo incluem desinformação sobre riscos, uso para enfrentar problemas pessoais, desestruturação familiar, desemprego, problemas financeiros e ociosidade. Observou-se também um padrão de uso excessivo relacionado a pequenos furtos e consumo noturno⁸.

Mendes estudou 11 profissionais de saúde no Amapá e constatou que o consumo de álcool estava associado principalmente a festas religiosas católicas. O estudo também revelou que a substituição do *caxiri*, uma bebida tradicional, por cerveja e cachaça, principalmente em áreas sem eletricidade, teve efeitos prejudiciais significativos⁹.

A cachaça foi a bebida alcoólica mais utilizada entre os Potiguara, representando 95,2% do consumo total da substância, o que estava associado a seu preço mais barato e a seu fácil acesso¹⁰. Entre os Tenharim a facilidade do acesso à cachaça também fez com que os indivíduos utilizassem mais esta bebida, já em regiões onde era mais fácil conservar e armazenar a cerveja, era mais comum observar o consumo da mesma¹¹. Os fatores mais apontados como relacionados ao alcoolismo foram: as questões socioculturais e econômicas, como ociosidade por desemprego e a baixa qualidade de vida⁹.

Um estudo transversal realizado com a população Karipuna no Amapá, contou com uma amostra de 230 indígenas. Esse revelou que a prevalência - nos últimos 12 meses - do uso de álcool na população era de 70% entre a amostra, sendo que 38,3% dos participantes pontuaram para uso nocivo de álcool e 2,2% para dependência de álcool, avaliados pelas escalas AUDIT II, III e IV. Após a análise de regressão, verificou-se que: idade, ser do sexo masculino, ser da religião católica (vs outras), não ter uma ocupação, ter baixa escolaridade, ideação suicida e realizar atividade sexual após o consumo da bebida alcoólica, estiveram associados ao consumo exagerado de álcool na amostra¹².

Entre os Mura, um estudo transversal revelou que o uso de álcool - pelo menos uma vez ao mês - estava associado a: ser do sexo masculino, ser mais jovem, ser responsável pelo sustento familiar, não possuir trabalho fixo, viver em zonas rurais, ter maior número de filhos e tabagismo. Ao todo, o uso nocivo de álcool foi 10 vezes maior entre homens, 10 vezes maior entre habitantes de zonas rurais e 4.72 maior entre tabagistas¹³.

O uso de álcool parecia ser menos prejudicial quando os indígenas não se envolviam em conflitos, bebiam em pouca quantidade ou bebiam apenas em festividades⁸. O principal fator protetor entre os Karitiana foi a presença de missões evangélicas a partir de 1970. Hoje, cerca de metade dos indígenas se identificam como cristãos, participando de cultos e seguindo lideranças indígenas religiosas. As igrejas foram, antes de tudo, um meio provedor de transformações ocorridas no grupo, fornecendo normas e leis dentro de um ambiente de caos, contribuindo para a recuperação da ordem social da comunidade após a sua quase extinção¹⁴.

Mendes et al.⁹ e Castelo Branco et al.¹⁵ estabelecem que, entre fatores protetivos, se encontram, principalmente, a maior influência evangélica da região, e

em segundo plano, o maior cumprimento de regras e normas sociais instituídos pelos próprios indígenas.

Entre os Tenharim e os Karitiana, as mulheres, por serem consideradas seres com menor controle de si, não podem consumir nenhuma bebida alcoólica, sendo tal uso reservado apenas para os homens. O uso da bebida também é proibido aos “doentes”, pessoas que não possuem condições para cuidar de si mesmo ou de responder pelos seus próprios atos^{11,14}.

Os profissionais de saúde responsáveis por uma comunidade Potiguara indicaram que algumas atividades estiveram mais relacionadas com uma ingestão de álcool mais controlada, como: esportes, lazer e educação, sugerindo a realização de palestras educativas para comunidade como medida de prevenção¹⁰.

As consequências do consumo prejudicial de álcool incluíram desentendimentos, brigas, violência doméstica, tentativas e homicídios consumados, além de problemas de saúde como cirrose hepática. Também foram relatadas desestruturação familiar, acidentes em estradas, isolamento social, perda de emprego, incapacidade laboral, e dificuldades financeiras e de aprendizagem⁸. Mendes destacou que o consumo de álcool estava associado a violência, conflitos familiares, e faltas ao trabalho, escola e outros compromissos⁹.

Um estudo em Tabatinga (Amazonas) com indígenas Tikuna revelou uma taxa de suicídio de 94,8 por 100.000 habitantes, com 18% dos 64 suicídios registrados entre 2007 e 2011 associados ao consumo prévio de álcool¹⁶. Botega relatou que a taxa de suicídio entre populações indígenas brasileiras é superior à média nacional e é uma das três principais causas de morte em pessoas de 15 a 44 anos¹⁷. No Brasil, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio foi de 5,7 por 100.000 habitantes entre 2004 e 2010, aumentando¹⁸.

Souza descreve a forte associação entre o consumo de álcool por parte dos mais jovens da comunidade de etnia lauritê - no alto do Rio Negro - e discussões e brigas. O autor refere que este hábito causa uma grande preocupação dos pais, principalmente nos dias de festa. Relata que tradicionalmente o *caxiri* era consumido em festas, como a *dabucuria*, onde ocorria a tradicional troca de mulheres entre diferentes etnias, além dos rituais de iniciação masculina. A introdução da cachaça foi associada a não realização desses ritos de iniciação e a *dabucaria* agora está associada a festas menores¹⁹.

Entre os Tenharim, o uso crônico de álcool levou a consequências negativas como adoecimento, brigas, conflitos, problemas financeiros, incapacidade de sustentar a família e impacto negativo no desempenho escolar dos adolescentes. Alcoolistas crônicos que constituem família frequentemente gastam dinheiro com bebidas, perdendo respeito e status social na comunidade e comprometendo sua reputação quando estão embriagados¹¹. Vianna relatou casos em que indivíduos eram amarrados em árvores ou presos devido ao estado de embriaguez¹⁴. Entre os Kaingang, Junior e Langdon observaram brigas e discussões frequentes entre embriagados, com punições envolvendo a amarração dos indivíduos em postes por lideranças indígenas²⁰.

Maciel, Oliveira e Melo salientaram que os profissionais de saúde associaram o consumo do álcool em uma comunidade indígena Potiguara com relacionamentos sexuais, exposição a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce. Além disso, acidentes de trânsito, violência, desestruturação familiar e agressões (principalmente a mulheres, adolescentes e crianças) também foram mencionados pelos entrevistados¹⁰.

Um estudo transversal investigou a associação entre o uso de álcool e o diagnóstico de hipertensão arterial entre indígenas da etnia Mura, no Amazonas. Entre os 455 participantes, 40,2% usavam álcool regularmente, de acordo com a escala AUDIT (pelo menos uma vez ao mês nos últimos 12 meses). Foi observado que o uso de álcool estava associado ao aumento de peso, circunferência do pescoço, percentual de gordura corporal, percentual de músculo esquelético, consumo de alimentos industrializados, dislipidemia e diabetes mellitus. No entanto, não foi encontrada uma relação estatística entre o uso de álcool e o aumento da pressão arterial¹³.

Em uma entrevista semiestruturada com nove indígenas da etnia Potiguar, Barreto et al. identificou uma grande influência histórica de alambiques na região do Rio Grande do Norte, sendo um fator complicador na dinâmica das relações sociais dos indígenas. Parte desse passado foi resgatado pelos idosos que revelaram consumir e comercializar *cabumba ou cachaça de cabeça*, produto de alto teor alcoólico e com impurezas, obtidas na primeira etapa de produção de cachaça⁸.

Barreto et al. ainda relatou que a maioria da comunidade reconhece os problemas associados ao consumo de álcool, mas a busca por ajuda geralmente ocorre apenas em situações extremas, como graves problemas de saúde, ameaças à

vida ou sentimentos de vergonha. A maioria das pessoas que conseguem interromper o uso de álcool o faz por conta própria. Quando buscam ajuda, as principais estratégias observadas são a adesão a igrejas neopentecostais ou a entrada em comunidades terapêuticas. Aqueles que mantêm o uso prolongado frequentemente não reconhecem o problema ou acreditam na inexistência de tratamento disponível. A comunidade expressou quase unanimidade em considerar a ausência de recursos e serviços para promoção e atenção à saúde como um problema significativo⁸.

Um estudo de revisão indicou que os Tenharim, que originalmente não utilizavam bebidas alcoólicas, consumiam apenas cauim, uma bebida tradicional com baixo teor alcoólico. Com a construção da Transamazônica e a mudança da comunidade para as margens da rodovia, houve acesso a bebidas industrializadas, como cachaça, em uma sociedade sem normas de restrição ao consumo. O controle do uso de álcool na comunidade é baseado na capacidade do indivíduo de cuidar de si e de sua família. Desde que o indivíduo mantenha suas responsabilidades, o consumo de bebidas alcoólicas é permitido, mesmo em situações atípicas¹¹.

Outro contexto cultural que acaba interferindo no uso do álcool por parte de grande parte das comunidades, é uma maior cautela da comunidade quanto a autonomia e decisões próprias do indivíduo. É visto que cada membro é aconselhado quanto ao que fazer, mas o indivíduo é o único responsável por suas atitudes, mesmo em uma idade muito inferior aos 18 anos. As lideranças indígenas de cada comunidade não costumam intervir por mais que se note uma extrapolação do uso do álcool, isto cabe a cada família que estipula a própria regra em relação ao uso problemático ou não dessa substância¹¹.

O uso de álcool entre os Tenharim evoluiu com os ritos e costumes locais. Antigamente, o rito de passagem envolvia garotos enfrentando perigos fora da comunidade, retornando vitoriosos e renovados em seu papel social. Atualmente, o rito está associado ao deslocamento para a cidade aos 12 anos, onde o consumo de álcool sem supervisão faz parte da transição para a vida adulta. As principais restrições de consumo são baseadas na idade e no gênero, permitindo o consumo apenas para homens adultos. Apesar disso, há consenso de que nem todos os Tenharim mantêm controle moderado sobre o álcool¹¹. apontou que o contato com não indígenas a partir da década de 1940 e o processo de "pacificação" contribuíram para o consumo abusivo de álcool, facilitando a subjugação das comunidades¹⁴. Além

disso, o pós-contato resultou em desorganização das regras sociais e dificuldades na adaptação às novas bebidas, impactando negativamente a comunidade.

A comunidade Karitiana vivenciou dois períodos distintos ao longo dos últimos 100 anos. O primeiro, a partir dos anos 1940, foi marcado pelo acesso súbito a bebidas destiladas, resultando em um consumo generalizado e descontrolado que causou distúrbios na vida comunitária e uma maior aproximação com Porto Velho. O segundo período começou quando as lideranças comunitárias, conscientes da iminente extinção da população (160 indivíduos), implementaram, em parceria com a igreja, medidas para proibir o consumo de álcool dentro da comunidade¹⁴. Atualmente, a avaliação Karitiana de alguém que "não sabe beber" pode se referir a: 1) Dependência da bebida, 2) Crises de abstinência, e 3) Comportamento inaceitável, independentemente da dependência¹⁴.

Maciel, Oliveira e Melo, ao realizarem uma entrevista semiestruturada com 21 profissionais da saúde que atendiam indivíduos da etnia Potiguara, encontraram primeiramente uma forte associação do uso do álcool com diversão, festividade e rituais indígenas, destacando como a substância já estava incorporada na rotina de entretenimento da comunidade. O álcool em si era visto como algo "ruim, um distúrbio, algo facilitador nas relações sociais, um meio de diversão, mas também uma droga, um hábito e um vício" (p. 107); é algo que faz parte da comunidade mas que tem um potencial nocivo¹⁰.

Entre os Kaingang, o álcool é usado socialmente em eventos como jogos de futebol, bailes e trabalho coletivo na roça. O termo "bêudo" refere-se a indivíduos que consomem álcool de maneira descontrolada e muitas vezes se tornam agressivos, sendo comum ouvir expressões como "lá vem o bêudo" ou "não faça isso senão eu chamo o bêudo"²⁰. Beber até a embriaguez não é bem visto, especialmente o consumo de cachaça. A moderação do uso de álcool é frequentemente supervisionada por lideranças locais, como caciques ou capitães, e pela igreja evangélica, que promove a abstinência e a substituição do álcool pela aceitação da palavra de Deus durante os cultos²⁰. Na tabela 1 é descrito os principais fatores relacionados ao consumo de álcool pelos autores citados.

Quadro 1. Esquema descritivo dos artigos citados nessa publicação, enfatizando os principais fatores relacionados ao consumo de álcool, além de fatores protetores e consequências do consumo citados pelos autores.

Autor principal e etnia.	Ano.	Fatores relacionados com o consumo.	Fatores protetores relacionados.	Consequência do consumo mencionado.
Barreto et al Potiguar	2022.	Uso em festas ou em finais de semana, uso de cachaça e cerveja, consumo por homens jovens e solteiros. Consumo diário ou excessivo, perda de controle, sintomas de dependência, realização de pequenos furtos para manter o consumo e consumo de manhã ou de madrugada. Publicação também menciona como fatores relacionados a desinformação das consequências do consumo ou o consumo para como mecanismo de regulação emocional, para aliviar perdas ou a desestruturação familiar, uso como refúgio. Estar desempregado, ter problemas financeiros, estar em vulnerabilidade social ou em contextos incentivadores. O não reconhecimento do problema e a percepção de que não há tratamento disponível também estiveram relacionados.	Adesão a comunidade evangélica. Participação de treinamento em arena de futevôlei.	Desentendimentos, brigas, violência doméstica, homicídio, tentativas de homicídio, problemas de saúde, óbito, cirrose hepática. Desestruturação familiar, acidentes, presença de pessoas embriagadas ou caídas nas estradas, isolamento social, desemprego, sintomas de abstinência no trabalho, incapacidade laboral, problemas de aprendizagem e prejuízo financeiro.
Mendes et al Karipuna	2019	Uso de álcool em datas festivas, quando relacionado a falta de cumprimento de normas sociais ou quando havia consumo de bebidas industrializadas	Pertencer a comunidade evangélica.	Ser amarrado em troncos como punição, violência doméstica, conflitos familiares, falta ao trabalho ou compromissos.
Orellana et al Tikuna	2019	-	-	Aumento das taxas de suicídio
Souza et al Iaritê	2018	Uso comum de <i>caxiri</i> e de cachaça em dias festivos.	-	Agressividade, conflitos entre familiares e a mudança de hábitos de dias festivos.
Botega et al Nacional	2014	-	-	Aumento das taxas de suicídio.

Pereira et al Tenharim	2012	Uso de álcool em dias festivos, em finais de semana, à noite e nas idas à cidade. Uso de cachaça e de cerveja. Ingesta de álcool em dias laborais, consumo associado a comportamentos agressivos e provocação brigas.	Gênero feminino e pessoas com comorbidades.	Adoecimento do indivíduo, brigas, conflitos, depreciação financeira, incapacidade do indivíduo de gerar sustento a sua família e prejuízo no desempenho escolar de adolescentes. Também possui como consequência prejuízo laboral, ser julgado e excluído da comunidade por familiares e denegrir a imagem do grupo frente a outros membros.
Vianna et al Karitiana	2012	-	Pertencer a comunidade evangélica, gênero feminino, possuir comorbidades.	Discussões, brigas e punições públicas.
Maciel et al Potiguara	2022	Consumo de álcool relacionado especificamente ao uso de cachaça principalmente devido a acessibilidade preço. Consumo problemático relacionado com fatores socioculturais e econômicos como desemprego e baixa qualidade de vida.	Acesso a atividades esportivas, educativas ou de lazer.	Relacionamentos sexuais impulsivos, exposição de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, acidentes de trânsito, violência, desestruturação familiar e agressões principalmente a mulheres, adolescentes e crianças.
Castelo Branco et al Karipuna	2021	Consumo associado a desemprego, quando realizado por homens, católicos ou de menor nível educacional. Além de consumo por indígenas que realizavam intercurso sexual após a ingestão do álcool.	-	-
Ferreira et al Mura	2017	Consumo realizado por homens, jovens ou por pessoas que eram responsáveis pelo sustento familiar. Além de pessoas que não tinham trabalho fixo, pessoas que viviam em zonas rurais, ao maior número de filhos e quando associado ao tabagismo.	-	Aumento de peso, aumento de circunferência do pescoço, aumento percentual de gordura corporal, aumento do percentual de músculo esquelético, assim como ao aumento do consumo de comidas industrializadas, à dislipidemia e ao diagnóstico de diabetes mellitus.
Junior et al Kaingang	2017	-	-	Discussões e punições em público.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

DISCUSSÃO

Observa-se que a presença de bebidas com teor alcoólico entrou em contato de forma brusca em comunidades, mudando sua organização social local. Este fenômeno parece estar associado com uma súbita perda de mecanismos protetores (regras e lideranças) que funcionavam como base para os pilares da sociedade. A cultura indígena tende a estar vulnerável a adversidades devido a centralidade de conhecimento em indivíduos específicos, os quais quando se afastam da comunidade (ou morrem) de forma precoce, gerando uma enormidade de consequências como a ocorrência de filhos órfãos, colheitas perdidas ou alguma técnica esquecida, fenômeno descrito também por Langdon³.

A maioria das publicações aborda estudos transversais conduzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, direcionadas tanto aos indígenas quanto aos profissionais de saúde, além de incluir estudos antropológicos observacionais sobre os costumes da comunidade. Apenas dois estudos buscaram especificamente o índice de prevalência de transtorno por uso do álcool entre os indígenas, sendo o escore AUDIT realizado em ambos. As taxas de prevalência variaram substancialmente, sendo 40% da etnia Mura e 70% sobre a população Karipuna (últimos 12 meses). Com exceção desses dois estudos, todos os demais evitaram classificar objetivamente o consumo de álcool pela comunidade. Termos como “alcoholização” ou “uso prejudicial de álcool” foram preferidos entre os autores, devido à dificuldade em rotular o consumo de bebidas alcoólicas nas amostras indígenas com os mesmos critérios utilizados para populações não indígenas, conforme descrito por Menéndez²¹⁻²².

Observamos a semelhança de situações de risco do consumo de álcool entre indígenas e não indígenas. Essas situações incluem realizar ingestão de álcool individualmente, beber em dias não festivos, desemprego, uso diário, uso como fuga, baixa qualidade de vida e contextos incentivadores. Há uma sobreposição de fatores de risco com sociedades não indígenas, indicando que o contexto de uso da bebida alcoólica pode ser mais parecido entre as duas sociedades do que se imagina²³⁻²⁴.

A infraestrutura local das comunidades parece influenciar no tipo de bebida ingerida pelos habitantes locais. Em regiões com mais infraestrutura ou em cidades, que dispõe de geladeiras e eletricidade, o uso de cerveja é mais observado. Já em regiões de menor infraestrutura, o uso de cachaça é mais comum devido à maior

acessibilidade. O uso da cachaça parece estar mais associado a um padrão abusivo ou nocivo do álcool, tornando os indígenas mais agressivos³.

Os fatores protetores foram menos mencionados, aparecendo em apenas cinco dos 11 estudos selecionados e referindo-se a contextos que indicariam um menor risco de uso de bebida alcoólica. A religião evangélica foi a mais citada entre as publicações (três), enquanto que pertencer ao sexo feminino foi mencionado por duas publicações. Alguns textos comparavam a adesão a comunidades evangélicas à adesão à religião católica, enquanto que outros, apenas mencionavam “*outras religiões*”^{8,9,10,11,14}.

As consequências do consumo do álcool foram diversas, porém se repetiram independente da distância geográfica. “*Brigas*”, “*agressões*”, “*violência sexual*” ou demais tipos de violência foram mencionados em sete dos 11 artigos, sendo unânimes em todos os artigos que se propuseram a investigar as consequências do álcool de forma mais ampla. Além disso, punições em público, suicídio, prejuízo laboral ou financeiro, ser encontrado caído em estradas, exposição a riscos, processo de adoecimento e até de óbito foram consequências observadas entre os participantes^{9,10,11,13,16,17,19,20}.

Um estudo tinha como objetivo principal encontrar a prevalência específica de suicídio em uma população indígena¹⁶, enquanto outro tinha como objetivo encontrar taxas de suicídio em uma amostra nacional¹⁷. Ambos relacionaram o aumento das taxas de suicídio com o uso de bebidas alcoólicas, entretanto, não apresentaram números específicos para a associação.

Também é possível acrescentar que nenhum estudo citou uma possível vulnerabilidade biológica, seja ela uma menor sensibilidade enzimática ou maior capacidade absorptiva. Ao determinarmos o perfil metabólico da população, seria possível prever quais fatores de risco tornam a população mais suscetível aos malefícios da bebida alcoólica.

Revisões integrativas como esta apresentam limitações metodológicas, sendo adequadas para áreas de pesquisa onde o conhecimento ainda é incipiente. A qualidade metodológica limitada e o pequeno número de artigos encontrados corroboram essa afirmação.

É necessário ressaltar que o atual estudo possui limitações metodológicas de amplo aspecto. Todos os artigos citados foram identificados a partir da busca pelas palavras-chaves citadas anteriormente, porém não foram utilizadas ferramentas que

geram maior confiabilidade e robustez ao poder metodológico da pesquisa. Ainda assim, por tratar-se de um assunto ainda incipiente e carente de evidências sólidas em território brasileiro, revisões integrativas podem gerar um valor científico sobre o tema.

CONCLUSÃO

Pode-se sugerir que os indígenas brasileiros estão expostos ao consumo de álcool e que o mesmo traz riscos ao seu bem-estar. Existem diversos fatores relacionados ao consumo exagerado do álcool, estes mesmos fatores variam de acordo com as características de cada comunidade. Esta revisão agregou poucos estudos, com diferentes ênfases, porém que se tratavam da mesma temática. Justamente, o juntar de narrativas de diferentes profissionais tornou a revisão mais rica e complexa. Entretanto, é necessário que se produzam cada vez mais estudos voltados para cada questão específica, fatores de risco, fatores protetores, consequências do consumo, para assim termos dados cada vez mais fidedignos em relação a cada população.

Para estabelecer programas de prevenção e tratamento para povos indígenas, é fundamental investigar as manifestações e os contextos particulares do consumo de álcool em cada comunidade. Os estudos sugerem que o comportamento ligado à ingestão de bebidas alcoólicas é determinado por fatores biopsicossociais, tornando necessária a investigação de valores culturais, do seu processo histórico e de situações nas quais ocorre o aprendizado e a manutenção do consumo do álcool.

Também urge garantir que, apesar de todas as mudanças socioeconômicas, as comunidades indígenas possam contar com alternativas de vida que lhes permitam sair da posição marginal em que se encontram na sociedade. Este artigo não busca estigmatizar as comunidades indígenas do país, e sim tratar o tema alcoolismo como um problema de saúde pública. Assim, ao tratar essa questão como um tema coletivo, instituições formadoras de políticas públicas podem utilizar comunidades bem-sucedidas no controle do uso de álcool para alcançar maior efetividade no enfrentamento desse problema que gera altos custos para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população indígena e sua representatividade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 19 dez. 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.
2. Heath DB. Cross-cultural studies of alcohol use. *Recent Dev Alcohol*. 1984;405-15. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4661-6_23
3. Langdon EJ. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Souza MLP, organizador. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 27-46.
4. Coloma C. Processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas; 2001; Brasília, DF*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 127-48.
5. Langdon EJ. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas; 2001; Brasília, DF*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 83-97.
6. Quiles MI. *Mansidão de fogo: um estudo etnopsicológico do comportamento alcoólico entre os índios Bororo de Meruri, Mato Grosso [dissertação]*. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2000.
7. Acioli MD. *O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em etnoepidemiologia [tese]*. Campinas: Universidade de Campinas; 2002.
8. Barreto IF, Dimenstein M, Leite JF. Perceptions on alcohol use in a Potiguar indigenous community, . *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2022;38:e38419. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38419.en>
9. Mendes AM, Alfonso J-OR, Langdon EJ, Grisotti M, Martínez-Hernáez A. Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020May;25(5):1809–18. DOI: <https://doi.org/0.1590/1413-81232020255.34442019>
10. Maciel SC, Oliveira RCC, Melo JRF. Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2012;32(1):98-111 [acesso em 19 dez. 2024]. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100008>
11. Pereira PPS, Ott AMT. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2012;16:957-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000043>

12. Castelo-Branco FMF, Vargas D. Binge drinking and associated factors in indigenous people from Karipuna. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2021 Jan.- Mar.; 17(1):7-16. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.167996>
13. Salaroli LB, Cattafesta M, Petarli GB, Ribeiro SAV, Soares ACO, Zandonade E, et al.. Prevalence and factors associated with arterial hypertension in a Brazilian rural working population. Clinics [Internet]. 2020;75:e1603. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1603>
14. Vianna JJB, Cedaro JJ, Ott AMT. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. Psicol Soc [Internet]. 2012Jan;24(1):94–103. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000100011>
15. Castelo Branco FMF, Vargas D. Alcohol use patterns and associated variables among the Karipuna indigenous people in the extreme Northern Brazilian Amazon. J Ethn Subst Abuse. 2023;22(1):29-44. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332640.2021.1871695>
16. Orellana JDY, Souza CC, Souza MLP. Hidden suicides of the indigenous people of the Brazilian Amazon: gender, alcohol and familial clustering. Rev Colomb Psiquiatr. 2019;48(3):133-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.003>
17. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol USP [Internet]. 2014Sep;25(3):231–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
18. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Braz J Psychiatry [Internet]. 2009Oct;31:S86–93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
19. Souza MLP. Parentesco, guerra tribal e violência: as “brigas” dos jovens indígenas em um contexto em transformação. Saude soc [Internet]. 2018Apr;27(2):410–22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170201>
20. Souza MLP. Parentesco, guerra tribal e violência: as “brigas” dos jovens indígenas em um contexto em transformação. Saude Soc [Internet]. 2018;27(2):410-22 [acesso em 19 dez. 2024]. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170788>.
21. Ghiggi Junior A, Langdon EJ. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014Jun;30(6):1250–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108613>
22. Menéndez EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. Rev Centroam Cienc Salud. 1982;22:61-94.
23. Menéndez EL. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores.

Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 1-20.

24. Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2012Sep;15(3):582–94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300012>
25. Naimi T, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Binge drinking among US adults. *JAMA*. 2003;289(1):70-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.289.1.70>

RECEBIDO: 29/09/2024
APROVADO: 13/12/2024

Aprendizagem significativa no processo formativo de profissionais da saúde: uma revisão integrativa

Significant learning in the formative process of healthcare professionals: an integrative review

Fernanda Copetti Müller¹, Isabela Naves Conciani², Letícia Pinto Corrêa³, Mariana Bolzani Bach⁴, Deivisson Vianna Dantas dos Santos⁵, Sabrina Stefanello⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7945-5176> Mestranda em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: fe.copettimuller@yahoo.com.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9084-0561> Especialização em Medicina de Família e Comunidade. UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: isabela.conciani@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4708-0031> Mestranda em Saúde Coletiva. Especialista em Direito Médico e da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: lpadvogada@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7159-3971> Especialização em Oftalmologia. Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: mariana.bach@me.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890> Doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: deivianna@gmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-0405> Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: binastefanello@gmail.com

RESUMO

Verificar quais estratégias de ensino político-pedagógicas podem ser aplicadas no processo formativo dos profissionais da saúde visando a formação de profissionais voltados para a atuação no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa obtida a partir de buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. De um número inicial de 1525 artigos, aplicaram-se filtros, critérios de inclusão e exclusão e leitura

dos estudos. Quatro artigos foram selecionados para esta pesquisa: Destes, elencou-se as seguintes categorias temáticas: integração do ensino-serviço-comunidade; valorização da preceptoria; construção colaborativa do conhecimento; facilitadores e obstáculos de mudanças no ensino. A partir da discussão com os estudos e a literatura vigente, conclui-se que é preciso formar profissionais de saúde capacitados a atuar de maneira crítica, multidisciplinar e em consonância com a realidade da população local e com os preceitos e operações do Sistema Único de Saúde.

DESCRIPTORES: Educação Superior. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Política de Educação Superior.

ABSTRACT

Identify which political-pedagogical teaching strategies can be applied in the formation of healthcare professionals, aiming to prepare them to work within the Unified Health System. This is an integrative review conducted through searches in the Virtual Health Library and Scielo databases. An initial pool of 1525 articles went through filters, inclusion and exclusion criteria, and study readings. Four articles were selected for this research. From these, the following thematic categories were identified: integration of teaching-service-community; valorization of preceptorship; collaborative construction of knowledge; and facilitators and obstacles to changes in teaching. Based on the discussion of the selected studies and on current literature, it is concluded that it is essential to train healthcare professionals able to act critically, in a multidisciplinary manner, and in alignment with the realities of the local population and the principles and operations of Unified Health System.

DESCRIPTORS: Health Education. Health Human Resource Training. Higher Education Policy.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988¹ incluiu a saúde como um direito social a ser executado primordialmente pelo setor público, com participação complementar e suplementar da iniciativa privada. Desta forma, em 1990 foi editada e publicada a Lei Federal nº 8080 instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre suas atribuições, o SUS é responsável pela ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde².

Nesse contexto, cabe aos entes públicos a formulação e a execução de uma política de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com o objetivo de construir uma força de trabalho com melhor qualidade, enquanto garante a universalidade, a integralidade e a equidade das ações em saúde³.

Contudo, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional, pois a articulação entre as instituições de ensino superior e órgãos governamentais reguladores ainda é insuficiente. Essa realidade, que vai além da formação profissional, sublinha a importância de que os profissionais de saúde compreendam e se familiarizem com as políticas públicas oferecidas pelo SUS ainda durante a graduação. É fundamental que haja dedicação dos estudantes à construção de um sistema de saúde acessível a todos, que contraponha o modelo capitalista predominante nas faculdades. Ou seja: é necessário promover uma formação profissional orientada por uma política pedagógica que reconheça a saúde como um direito universal⁴.

Desde a década de 1970, o processo de incorporação de tecnologias na saúde fez com que o ensino se concentrasse cada vez mais nos hospitais, com ampliação e institucionalização do poder médico, fortemente ancorado no conhecimento especializado, cujo desenvolvimento se deu também por meio de formações específicas. O ensino – em especial o da medicina – organizou-se então quase totalmente segundo esta lógica, fragmentando-se em disciplinas por especialidades.

Assim, se percebe que “os avanços políticos no setor saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual”⁵ e que o processo de educação técnico-superior continua pautado em um modelo tradicional, distanciado dos princípios do SUS, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde e da realidade social que será enfrentada pelos profissionais de saúde.

A massa de profissionais da saúde, com pouco conhecimento e nenhum compromisso com o SUS, fraca formação humanística, pouca compreensão do trabalho em equipes multidisciplinares e conhecimento raso da realidade situacional, ambiental e das condições de vida das comunidades, não corresponde ao perfil dos profissionais esperados no âmbito da saúde pública⁵.

Em uma tentativa de romper com esse tradicionalismo, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, atualizadas a partir de 2001, garantiram às universidades o exercício da sua autonomia didático-científica na elaboração de seus próprios currículos⁶ e estabeleceram um perfil desejado ao egresso do ensino superior⁷:

Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (p. 6).

As diretrizes determinam que dentre os conteúdos essenciais para o curso de graduação estejam todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, devidamente integrados à realidade epidemiológica e profissional. Além disso, devem abordar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe⁶. Para Paim e Almeida Filho⁸, no entanto, a revisão e o desenvolvimento curricular podem ser medidas necessárias para a reatualização das instituições de ensino, em face da reorganização das práticas de saúde; no entanto, essas ações são insuficientes para transformar o modelo de produção vigente.

Percebe-se, portanto, que para garantir uma assistência integral e humanizada é necessário que a formação dos trabalhadores em saúde envolva, além das diversas competências técnicas, competências não técnicas, integrantes do chamado currículo oculto: atitudes, comportamentos, valores e orientações que permitam o ajustamento dos indivíduos às estruturas hegemônicas⁶.

Nesse sentido, a compreensão da natureza histórica e política dos processos de adoecimento, a conjugação de habilidades técnicas à percepção do universo social e da subjetividade de cada pessoa⁶ e a integração nos processos de formação dos profissionais⁹ são algumas ferramentas que podem ser utilizadas para romper com a lógica tradicional de ensino, com o objetivo de capacitar os profissionais da saúde para prestarem melhores atendimentos, alinhados à missão do SUS.

Partindo dessas premissas, nesta revisão integrativa buscamos identificar as experiências e estratégias que vêm sendo aplicadas de maneira efetiva para formar profissionais voltados para a atuação na saúde pública, posto que as instituições de ensino precisam gerar e promover uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS.

Objetivo

Verificar quais estratégias político-pedagógicas de ensino podem ser aplicadas no processo formativo dos profissionais da saúde visando a formação de profissionais voltados para a atuação no SUS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, cuja escolha se deu com o objetivo de sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direcionar a prática em ensino fundamentada em conhecimento científico. Conforme Souza, Silva e Carvalho¹⁰, a revisão integrativa é uma metodologia ampla, responsável por condensar informações de estudos experimentais e não-experimentais utilizando conhecimentos teóricos e empíricos.

Mendes, Silveira e Galvão¹¹ estipularam seis etapas para a revisão integrativa, as quais contemplam ações divididas em seis etapas.

Na 1ª etapa, elege-se a questão pesquisa através da estratégia PICO (problema, intervenção, comparação e desfecho). Neste estudo, a estratégia PICO orienta quais estratégias de ensino político-pedagógicas podem ser aplicadas no processo formativo dos profissionais da saúde visando a formação de profissionais voltados para atuação no SUS. Apresenta-se abaixo o desmembramento da estratégia PICO.

Quadro 1. Desmembramento da estratégia PICO

P - problema	Processo formativo dos profissionais da saúde.
I - intervenção	Estratégias de ensino político-pedagógicas voltadas para atuação no SUS.
C - comparação	Ensino tradicional.
O - desfecho	Formação de profissionais de saúde.

Fonte: Elaboração das autoras, 2024.

Na 2ª etapa, determina-se os critérios de inclusão e exclusão, para que se realize um recorte de tema específico. Em seguida, na 3ª etapa, seleciona-se os estudos gerados através de fonte de dados, obtendo-se a partir destes as informações relevantes para a revisão. Durante a 4ª etapa os estudos são avaliados para inclusão na revisão, com a análise dos dados neles presentes. Estes dados são interpretados e discutidos na 5ª etapa. Por fim, a 6ª etapa sintetiza a revisão realizada¹¹.

Foram realizadas buscas em duas bases de dados entre os meses de abril e maio de 2024: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo. Buscou-se artigos que possuísem os seguintes descritores em português, inglês e espanhol: “ensino”, *teaching*, *enseñanza*; “Política de educação superior”, *higher education policy*, *política de educación superior*; “Educação superior”, *higher education*, *educación superior*. Os descritores foram organizados na barra de busca das bases de dados separados pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão aplicados foram: estudos publicados nos últimos cinco anos, devido ao critério da contemporaneidade e artigos completos disponíveis em inglês, português e/ou espanhol. Os artigos selecionados foram classificados em níveis de evidência de 1 a 6, sendo 1 o melhor, no qual se enquadram estudos de revisões sistemáticas e meta-análises; e o nível 6 como o mais baixo, compreendendo evidências baseadas em opiniões de especialistas¹⁰. Foram excluídos artigos de opinião, revisões, teses, dissertações e trabalhos de conclusão, além dos estudos que não se relacionam com a estratégia PICO deste estudo.

Os estudos foram organizados em uma ficha de análise contendo título; autor; procedência; ano; país; metodologia; objetivo e principais resultados. Após a seleção dos artigos, estes foram analisados conforme as orientações metodológicas de Minayo¹²: levantar e ordenar os dados; classificar os dados após inúmeras leituras, instituir *corpus*, reduzir e classificar conforme temática e realizar análise final conforme os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

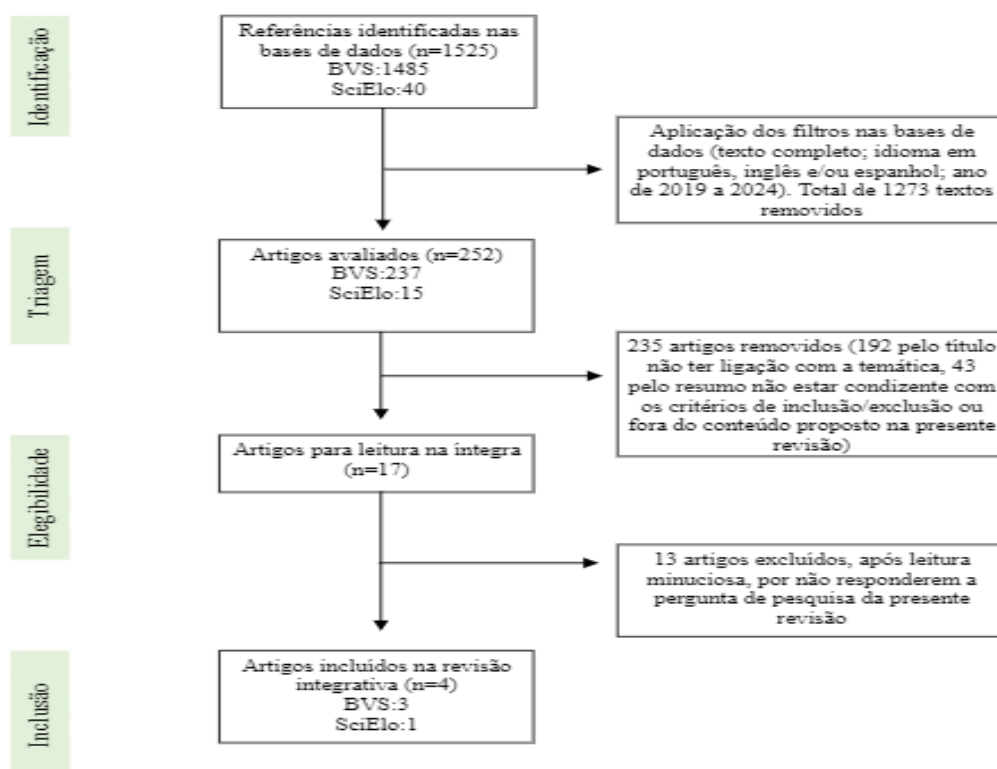
Na base de dados BVS, foram encontrados 1.485 artigos. Após a aplicação dos filtros, conforme os critérios de inclusão e exclusão, restaram 237 artigos. Na segunda base de dados, Scielo, foram localizados 40 artigos, dos quais 15 permaneceram após a aplicação dos filtros.

Os resultados de ambas as bases foram indexados no software Rayyan, uma ferramenta que auxilia em revisões científicas. No total, as duas bases somaram 252 artigos.

Os títulos e resumos foram analisados e aqueles que não possuíam relação com a temática da presente revisão integrativa ou que não condiziam com os critérios de inclusão e exclusão estipulados foram removidos, restando 17 artigos. Estes foram lidos em sua totalidade: 13 foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa.

O resultado consistiu em quatro artigos. Abaixo, o diagrama de fluxo (Figura 1) resume o percurso da seleção dos estudos:

Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção dos estudos.



Fonte: Elaboração das autoras com base nas orientações para revisões do PRISMA¹³.

Posteriormente, efetuou-se uma releitura e criação de um resumo frente aos artigos, em forma de quadro. Com o objetivo de sintetizar os estudos foram elencadas as seguintes informações: título, autor, ano, procedência, país, metodologia, nível de evidência, objetivo (Quadro 2) e principais resultados (Quadro 3), como descrito abaixo:

Quadro 2. Artigos levantados nas bases de dados BVS e Scielo.

Artigo/Autores/ Ano	Procedência/ País	Metodologia	Nível de evidência	Objetivo
I - Reorientação da formação profissional em saúde: o que nos dizem os relatórios finais dos PET-SAÚDE e PRÓ-PET-SAÚDE? / Mira <i>et al.</i> / 2020	BVS/Brasil	Pesquisa documental com abordagem qualitativa	Nível 4	Analisar o impacto da implementação do Pró-Saúde e PET-Saúde nas Universidades públicas de Sobral, CE, a partir dos relatórios finais dos referidos programas.
II - Estratégias para a mudança na atividade de preceptoria em enfermagem na Atenção Primária à Saúde/ Araújo <i>et al.</i> / 2021	Scielo/Brasil	Estudo qualitativo, desenvolvido por meio da Pesquisa Apreciativa	Nível 4	Apresentar ações para qualificar a preceptoria e a integração ensino-serviço, com vistas ao fortalecimento da formação em Enfermagem com estágio supervisionado na Atenção Primária à Saúde.
III - Education Program for Health Work “PETAÚDE” for the professional formation of dentists: lessons learned in primary care/ Souza <i>et al.</i> / 2020	BVS/Brasil	Relato de experiência	Nível 5	Analisar a percepção do impacto do programa PET-SAÚDE/ GRADUASUS na formação em odontologia e na interação ensino, serviço e comunidade.
IV - Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação médica e políticas de saúde/ Targa; Camargo/ 2022	BVS/Brasil	Estudo quanti-quali através de formulário eletrônico	Nível 4	Avaliação por parte dos estudantes de um estágio rural e possíveis influências nas opções profissionais posteriores.

Fonte: Elaboração das autoras, 2024.

Quadro 3. Síntese dos principais resultados dos artigos selecionados.

Artigo	Principais resultados
I	○ Repercussões para a reorientação da formação em saúde; ○ Contribuições para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade; ○ Elementos facilitadores para a implementação dos programas; ○ Limitações e ações para superação.
II	○ Uso de Pesquisa Apreciativa como uma forma de reflexão e mudança dentro do serviço e preceptoria ○ Promover a integração ensino-serviço; ○ Colaborar com o desenvolvimento da formação de estudantes responsáveis e comprometidos com o serviço; ○ Benefícios aos usuários da APS, após a preceptoria; ○ Fortalecimento da experiência profissional.
III	○ Em decorrência das ações de educação, a sobrecarga da demanda do profissional diminuiu; ○ A comunidade recebeu maior assistência das ações de prevenção, promovendo-se a participação ativa no processo saúde-doença; ○ Na percepção discente, houve a ampliação do conhecimento sobre o processo saúde-doença e o Sistema Único de Saúde, por meio da vivência prática de conceitos teóricos, assim como a aquisição de habilidades e capacidades necessárias para a atuação em saúde.
IV	○ A participação no estágio em saúde rural aumentou a autodeclarada motivação dos alunos a trabalhar fora de um grande centro urbano, quando comparada com a motivação no início do curso; ○ Motivadores para trabalho fora de centros urbanos: qualidade de vida, aspectos financeiros e de mercado de trabalho, e a continuidade do cuidado; ○ Vontade de trabalhar em serviço especializado/de referência em face da maior facilidade para encaminhamentos, exames, consultorias e maiores opções de lazer, nos centros urbanos; ○ Prática de saúde no SUS e nas APS, como enxergar os princípios da APS (longitudinalidade, integralidade, abordagem centrada na pessoa e família etc.), abordagem centrada na comunidade e vínculo com a comunidade, entre outros; ○ Dos alunos que realizaram o estágio, 100% o recomendam aos seus colegas; ○ Para os professores, houve mais vantagens que desvantagens do estágio com prática em ambiente rural; ○ A equipe da UBS apresentou aspectos positivos e negativos do estágio no que diz respeito aos pacientes, aos alunos e à própria equipe.

Fonte: Elaboração das autoras, 2024.

Após leitura atenta dos quatro artigos selecionados, evidenciam-se as seguintes categorias temáticas: integração do ensino-serviço-comunidade; valorização da preceptoria; construção colaborativa do conhecimento; facilitadores e obstáculos de mudanças no ensino.

DISCUSSÃO

Integração do ensino-serviço-comunidade

Os quatro artigos selecionados abordam a integração ensino-serviço-comunidade, tema considerado de grande importância para a implementação de novas estratégias político-pedagógicas. Esta integração é tida como o veículo para que as novas estratégias estejam em consonância com as demandas da população¹⁴. A efetivação de mudanças exige diálogo entre os diversos atores das instituições de ensino e dos serviços de saúde, com o objetivo de promover a cogestão no processo de reorganização da atenção e da formação profissional¹⁵. Neste sentido, a figura do preceptor estimula o diálogo e viabiliza mudanças na dinâmica de trabalho¹⁴. Como bem elucidado em um dos artigos¹⁴:

A integração ensino-serviço-comunidade pode ser conceituada como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores das IES com os trabalhadores dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, e a comunidade, objetivando qualificar a atenção à saúde individual e coletiva e à qualidade da formação profissional. (p. 183).

Os programas Pró-Saúde e PET-Saúde são exemplos de iniciativas que visam promover a participação de alunos no SUS, favorecendo um diálogo mais estreito entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Assim, colaboram para ampliar a interação entre instituições, estudantes, professores, serviços de saúde e a população usuária, todos inseridos na lógica do SUS¹⁶. Os artigos que abordam esses programas detectam um impacto positivo na integração ensino-serviço-comunidade, evidenciado no primeiro artigo por maior articulação das instituições de ensino com a gestão municipal, aproximação dos alunos com a Atenção Primária em Saúde e com o sistema de Redes de Atenção à Saúde, além de apresentar diversas atividades desenvolvidas voltadas às necessidades da população local e do serviço de saúde¹⁴. No terceiro artigo selecionado, evidencia-se a integração através da promoção de ações de educação em saúde por parte dos estudantes de odontologia, atingindo

assim a população do território e reduzindo a sobrecarga do profissional responsável pelos atendimentos¹⁶.

A integração beneficia as três esferas envolvidas. Nos serviços de saúde, essa ação tende a favorecer a implementação e consolidação dos processos do SUS e, para a população, promove envolvimento social através de ações voltadas às demandas locais, sejam elas de cunho educativo ou não. No âmbito do ensino, a integração possibilita uma formação inserida no contexto do SUS, humanizada e voltada para as necessidades da população¹⁶. Assim, a valorização de cada esfera é fundamental, uma vez que, como demonstrado por Targa e Camargo¹⁷, o processo de mudança do ensino pode ser associado a custos e dificuldades para os agentes envolvidos, devendo haver um equilíbrio a fim de satisfazer as necessidades de todos e estimular a permanência dos novos programas.

Construção colaborativa do conhecimento

A integração ensino-serviço-comunidade constitui fator importante na criação de um ambiente multidisciplinar, fundamental para a formação de profissionais habilitados para o trabalho em um ambiente multissetorial, com capacidade de dialogar e compreender o cuidado de uma maneira coletiva, trabalhando em equipe para atingir os objetivos delineados⁶. A saúde não se resume à ausência de doença: ela se relaciona com os mais variados aspectos. Desta forma, o compartilhamento do conhecimento de maneira inter e multidisciplinar é fundamental para uma atuação mais efetiva nesse âmbito.

Atividades extracurriculares como projetos de extensão, iniciação científica, grupos de pesquisa e ligas acadêmicas são estratégias muito utilizadas e que aparecem em dois dos artigos selecionados para a revisão. Elas proporcionam maior autonomia ao professor idealizador do projeto e permitem que, mesmo em universidades que ainda seguem o modelo de ensino tradicional e hospitalocêntrico, existam projetos que escapem à lógica da instituição¹⁸. Essas atividades, muitas vezes, são voltadas para a formação no SUS e trazem novas perspectivas, com metodologias ativas, focadas na construção em conjunto do conhecimento. No artigo de Souza¹⁶, descreve-se que experiências vividas a partir da perspectiva dos estudantes permitiram a aquisição de competências e habilidades que ampliaram a visão holística do cuidado em saúde na comunidade.

Nos artigos I e III, projetos como o PET-SAÚDE e similares são utilizados efetivamente por professores comprometidos com a mudança na educação, engajando alunos em novas formas de construir conhecimentos favoráveis à atuação no SUS, pois nesses espaços há mais liberdade que a sala de aula tradicional. Assim, apresenta-se uma nova perspectiva ao estudante sem necessariamente haver uma reestruturação completa do curso, o que pode levar tempo. No artigo de Mira¹⁴ essa mudança fica evidente:

Observou-se que a interação entre os diversos cursos da área da saúde propiciada pelo Pró-Saúde articulado ao PET-Saúde vem favorecendo mudanças curriculares com a adoção de novas estratégias metodológicas de ensino aprendizagem, conforme preconizam as DCN para os cursos de graduação na área da saúde. É nítido o intento de viabilizar momentos compartilhados de aprendizagem, almejando importantes ganhos para a mudança da lógica da educação profissional em saúde. (p. 181).

Com base no princípio de que o currículo é um campo social em que se trava uma luta em torno de valores, significados e propósitos sociais⁶, afirma-se que esses espaços promovem a idealização de novas práticas que podem ser testadas dentro da realidade dos estudantes e da instituição. Assim, é provável que ocorram mudanças dentro do curso, pois as novas experiências tendem a atrair atenção de discentes e demais docentes.

Facilitadores e obstáculos de mudanças no ensino

O caminho para a implementação de novos modelos de ensino certamente não está livre de percalços e a literatura aponta diversas possíveis dificuldades durante este processo. Observa-se que as estratégias estudadas, além de revelar diversos obstáculos, apontam também vários elementos favoráveis à implantação de mudanças.

Mais de um dos estudos apresenta como facilitador importante e fundamental a figura do preceptor, tanto como figura importante de integração entre o aluno e o serviço quanto na conexão do aluno a uma prática interligada à realidade da comunidade e do SUS. Segundo Figueiredo⁶, os professores são modelos que influenciam na formação da identidade pessoal e, principalmente, na identidade profissional de seus alunos por meio de mecanismos de identificação positiva ou negativa, transferindo valores e visões de mundo repletos de ideologias.

No estudo de Araújo¹⁵ destaca-se a importância da preceptoria como facilitadora na transformação do ensino. Através da técnica de Pesquisa Apreciativa,

as pesquisadoras guiaram os preceptores em enfermagem a criarem uma nova visão para a preceptoria, utilizando uma imagem-objetivo -uma idealização do serviço e ensino ideais- construída a partir da interface entre a educação e o ajustamento do trabalho em saúde. O objetivo era promover mudanças concretas que qualificassem o processo ensino-aprendizagem, instituindo o diálogo como ferramenta de interação com diferentes realidades.

Para que a mudança ocorra, é necessário que os atores envolvidos nas instituições formadoras e nos serviços de saúde estreitem relações, dialoguem e planejem movimentos de cogestão do processo de aprendizagem.

Targa e Camargo¹⁷ relatam que a prática do internato rural oferece vantagens, como o contato com a equipe e com a gestão do serviço de saúde. Destacam também que o acolhimento por parte da equipe é percebido positivamente pelos estudantes no programa. Este fato evidencia que uma equipe receptiva aos alunos e aberta ao processo de mudança é um potencial facilitador para a implementação deste tipo de projeto. O estudo de Mira¹⁴ também aponta a receptividade como facilitadora: no mesmo sentido, a receptividade da comunidade aos alunos e aos programas também foi identificada como ponto positivo.

Já a prática de grupo tutorial do PET-Saúde analisada por Souza e colaboradores¹⁶ reflete uma boa aceitação da comunidade: “a população sentiu-se privilegiada e valorizada devido ao grande envolvimento de outros profissionais em relação ao seu bem-estar”. Esta percepção positiva da população é capaz de gerar um ciclo de retorno positivo que estimula tanto alunos e preceptores quanto profissionais dos serviços de saúde, que percebem resultados concretos dessas mudanças. Além disso, ela pode contribuir como forma de pressão para que as mudanças sejam duradouras.

Diversos obstáculos aparecem nos artigos para a implementação de mudanças no paradigma dos cursos da saúde. Um dos recursos mais efetivos para a mudança, as atividades extracurriculares, é também o que possui mais obstáculos. Eles podem decorrer da dependência de programas de financiamento, da disponibilidade dos alunos que têm dificuldade em conciliar as demais atividades curriculares obrigatórias com atividades optativas e do fato de que esses programas estão muitas vezes vinculados a docentes específicos, cuja ausência pode levar à interrupção do projeto.

A escassez de profissionais qualificados para atuarem como professores e preceptores politicamente engajados com o projeto de formação humanista voltada para o SUS também é um desafio. A formação atual perpetua um ciclo vicioso, formando profissionais que não estão preparados para o uso de metodologias ativas. Além disso, eles não buscam outras formas de construção e formação na saúde, sentem-se mais confortáveis utilizando métodos tradicionais de ensino e não possuem a motivação necessária para mudar devido ao excesso de trabalho e burocracia relacionadas à docência no nível superior¹⁹. Em Araújo¹⁵ esse tema aparece explicitado na falta de preceptores para atuar na formação de enfermeiros no SUS e no desafio enfrentado para reunir e formular novas visões para a preceptoria do curso. O uso da Pesquisa Apreciativa evidenciou que é possível vislumbrar mudanças na preceptoria, mas também exigiu novos aprendizados, comprometimento e investimento na educação dos preceptores.

Além dos obstáculos apontados, a falta de integração com a comunidade decorrente das altas rotatividades de preceptores - que pode ser causada pela falta de estabilidade no cargo - e de alunos inerente a atividades extracurriculares semestrais ou anuais. Isto prejudica a criação real de vínculos com a comunidade, e pode gerar desconfiança e desconforto durante o atendimento. A questão aparece principalmente no estudo de Targa e Camargo¹⁷, que demonstrou que a desconfiança da comunidade evidencia outros problemas, como queixas de demora no atendimento e sensação de dúvida da capacidade técnica do aluno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca da formação profissional tem pautado espaços políticos, acadêmicos e institucionais antes mesmo da promulgação da nova DCN: percebe-se amplamente uma necessidade de mudança no ensino de profissionais de saúde. É preciso formar profissionais de saúde humanos, capacitados a atuar de maneira crítica, multidisciplinar e em consonância com a realidade da população local e com os preceitos e operações do SUS. Como colocado por Figueiredo e Orrillo⁶,

a formação crítica do profissional de saúde está intimamente relacionada ao seu potencial para contribuir com o desenvolvimento humano e social das pessoas e comunidades pelas quais é responsável - seja por meio de uma atuação técnica, seja por meio de uma ação política.

A mudança no paradigma de ensino da saúde começa na atualização da DCN, há mais de uma década, mas não se encerra nela; não se encerra tampouco no meio político e institucional da academia. O diálogo entre os agentes envolvidos em todas as esferas é essencial, seja no âmbito político, acadêmico, familiar, institucional ou social. Professores, alunos, trabalhadores da saúde e a comunidade devem atuar como protagonistas deste diálogo, que deve ser permanente. A saúde, as tecnologias nela empregadas e a realidade social em que se insere o cuidado são elementos dinâmicos e interdependentes que devem estar em constante análise e readaptação.

Ainda há muito a ser feito para que a maioria dos profissionais graduados saiam da universidade preparados e motivados a atuar no SUS. Não há fórmula mágica para que isso ocorra. Diversas iniciativas estão surgindo em todo o território nacional com o intuito de criar ambientes educacionais favoráveis. O presente estudo não apenas demonstrou a existência dessas iniciativas e os resultados positivos encontrados com elas, mas também evidenciou as limitações quantitativas de informações práticas neste sentido. Mais estudos se fazem necessários para apoiar e motivar a mudança dos currículos disciplinares, levando informações atualizadas dos métodos educacionais e ações mais efetivas para a mudança.

REFERÊNCIAS

1. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 2024]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_E_C91_2016.pdf
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. [acesso em 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [acesso em 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_recursos_humanos_sus.pdf
4. Castro FS, Cardoso AM, Penna KGBD. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde abordam as Políticas Públicas e o Sistema Único de Saúde? Rev Bras Med Comunidade. 2019;5(12). DOI: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v5i12.11>

5. Almeida Filho NM de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1677-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600016>
6. Figueiredo G de O, Orrillo YAD. Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2020;18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00248>
7. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [acesso em 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
8. Paim JS. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
9. Geraldi L, Miranda FM de, Silva JAM da, Appenzeller S, Mininel VA. Competências profissionais para a atenção à saúde do trabalhador. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210469>
10. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
11. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
12. Minayo MC de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Mira QLM, Vasconcelos MIO, Oliveira EN, Lira RCM, Farias QLT. Reorientação da formação profissional em saúde: o que nos dizem os relatórios finais dos PET-SAÚDE e PRÓ-PET-SAÚDE? *Rev APS*. 2021;23. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16791>
15. Araújo JAD, Vendruscolo C, Adamy EK, Zanatta L, Trindade L de L, Khalaf DK. Strategies for changing the nursing preceptorship activity in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 6):e20210046. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0046>
16. Souza PV de, Guimarães AML, Oliveira BB, Guimarães DA, Suca Salas MM, Botelho CCM. Education Program for Health Work “PET-SAÚDE” for the professional formation of dentists: lessons learned in primary care. *Rev Fac Odontol UPF*. 2020;25:59-65. DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v25i1.10368>
17. Targa LV, Camargo TS de. Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação médica e políticas de saúde. *Semin Cienc Biol Saude*. 2022;43:51-74. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2022v43n1p51>

18. Carvalho RF, Faria MG de A, Silva CSSL, Alves LVV, Ten YZLF, Guedes FC, et al. Práticas extensionistas sob a perspectiva teórica das universidades promotoras da saúde. J Nurs Health. 2024;13:e13324331. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v13i1.24331>
19. Matos IB, Boneti LW, Ferla AA. Trabalho docente na medicina em uma universidade federal na região Sul do Brasil. Saude Soc. 2023;32. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023210594pt>

RECEBIDO: 17/07/2024
APROVADO: 03/02/2025

Tecnologias educativas utilizadas no cuidado de enfermagem em reabilitação cardiovascular: revisão de escopo

Educational technologies used in nursing care in cardiovascular rehabilitation: scoping review

Kairo Cardoso da Frota¹, Simone Ribeiro Portela²,
Jamilla Mirelle Rodrigues Mendonça³, Ellen Lourenço Nascimento⁴,
Lúcia de Fátima da Silva⁵, Keila Maria de Azevedo Ponte⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7887-327X> Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
E-mail: kairo.enfer@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7136-7926> Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: simoneportela1403@gmail.com

3. ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1153-9836> Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: jamillymirelarm@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0668-6879> Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
E-mail: ellenlourenco1007@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3217-3681> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
E-mail: lucia.fatima@uece.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745> Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará, Brasil.
E-mail: keila_azevedo@uvanet.br

RESUMO

Objetivou-se mapear as tecnologias educativas utilizadas como subsídio para o cuidado de enfermagem em reabilitação cardiovascular. Para tanto, desenvolveu-se revisão de escopo conforme o método proposto pelo Instituto *Joanna Briggs*. A coleta de dados foi realizada sem recorte temporal, em 5 de abril de 2024, nas seguintes bases de dados: MEDLINE via PubMed, MEDLINE via BVS, LILACS, BDENF, Scopus, *Web of Science*, *Google Scholar* e BDTD. Para a estruturação da revisão, seguiram-se as recomendações do PRISMA. Foram encontradas, inicialmente, 1672

produções, sendo a amostra final composta por dez estudos. Foram identificadas as seguintes tecnologias: guias e folhetos assistenciais; aplicativos móveis e sites; cartilha educativa e recursos audiovisuais. Dentre os cenários de utilização destacaram-se a reabilitação sem especificidade de acometimento cardiovascular e o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. As múltiplas técnicas educacionais demonstraram ser úteis, sobretudo, na qualidade de vida e no fortalecimento do tratamento, favorecendo a qualidade do cuidado.

DESCRITORES: Tecnologia Educacional; Educação em Saúde; Reabilitação Cardíaca.

ABSTRACT

The aim of this study was to map the educational technologies used to support nursing care in cardiovascular rehabilitation. To this end, a scoping review was developed according to the method proposed by the Joanna Briggs Institute. Data collection was carried out without a time frame, on April 5, 2024, in the following databases: MEDLINE/PubMed, MEDLINE/BVS, LILACS, BDENF, Scopus, Web of Science, Google Scholar and BDTD. The PRISMA recommendations were followed to structure the review. Initially, 1,672 productions were found, with the final sample consisting of ten studies. The following technologies were identified: care guides and leaflets; mobile applications and websites; educational booklets; and audiovisual resources. Among the scenarios of use, rehabilitation without specific cardiovascular involvement and self-care of patients with heart failure stood out. The multiple educational techniques proved to be useful, above all, in quality of life and in strengthening treatment, favoring the quality of care.

DESCRIPTORS: Educational Technology. Health Education. Cardiac Rehabilitation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A morbidade associada ao adoecimento cardiovascular é, atualmente, um dos principais desafios enfrentados no âmbito da saúde pública em todo o mundo, ocasionando perda funcional e diminuição da qualidade de vida ao indivíduo. Abordagens de prevenção secundária desta doença são fundamentais para reduzir a mortalidade e outras ocorrências de repercussão biológica ou social¹.

Desse modo, a reabilitação cardiovascular (RCV) emerge com a necessidade de promover, a partir de condutas multiprofissionais, o retorno mais precocemente possível das atividades rotineiras vividas pelo paciente logo após o acometimento de qualquer evento cardíaco. Essa terapêutica integra a adoção de medidas para melhoria do estado físico e psicossocial, além de prevenir novos eventos cardiovasculares e comprometimentos das condições já tratadas².

Apesar dos comprovados benefícios da RCV, atualmente ainda se evidencia expressiva deficiência no que diz respeito ao número de unidades de saúde para reabilitação e de profissionais capacitados para conduzir cuidados reabilitadores, seja por falta de recursos ou de capacitações³. Nesse ínterim, julga-se pertinente o desenvolvimento de estratégias de reabilitação de baixo custo e fácil aplicabilidade nos serviços de saúde com o intuito de assegurar que a RCV seja executada.

Considerando o contexto dos cuidados de enfermagem, denota-se a relevância da contribuição do profissional enfermeiro na promoção de intervenções reabilitadoras, preventivas e autônomas para garantir a recuperação do estado de saúde da pessoa adoecida, sendo qualificado como um profissional com atribuições voltadas à clínica e à educação em saúde⁴.

Nessa perspectiva, tecnologias educativas, em especial ligadas à promoção da saúde, qualificam-se como ferramentas importantes de ensino que buscam aprimorar e facilitar o aprendizado, de maneira ordenada, dinâmica e recreativa, instigando o aprimoramento do autocuidado e acelerando o processo de melhoria das condições de vida⁵.

Essas tecnologias constituem-se como estratégias que ultrapassam as abordagens convencionais, aprimorando significativamente a compreensão do público-alvo, visto que a partir do uso da ludicidade se favorece a interação dos indivíduos com os profissionais cuidadores, bem como potencializa a corresponsabilização⁶. Contudo, apesar de essas tecnologias serem consideradas

aliadas dos profissionais de enfermagem nas ações educativas relacionadas ao contexto da RCV, ainda existem restrições na construção de tais⁴.

Diante disso, julga-se necessária a identificação de boas práticas quanto ao uso de tecnologias educativas no âmbito da enfermagem em RCV, o que as torna relevantes por se tratarem de técnicas inovadoras facilmente replicáveis em múltiplos cenários de cuidado, o que permite que intervenções reabilitadoras sejam implementadas em toda a rede de atenção à saúde.

Assim, objetivou-se mapear as tecnologias educativas utilizadas como subsídio para o cuidado de enfermagem em RCV.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, realizada conforme o método proposto pelo Instituto *Joanna Briggs* (JBI)⁷. O protocolo de revisão encontra-se registrado no *Open Science Framework* (OSF), no link a seguir: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/MY3KH>

Para a identificação da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC-população, conceito e contexto. O Quadro 1 descreve a questão de pesquisa e o processo de elaboração da estratégia de busca⁸, de modo a considerar os termos que compuseram a PCC, o que culminou com a formulação da equação final utilizada para coleta de dados.

Quadro 1. Questão de pesquisa e processo de elaboração da estratégia de busca.

Questão de Pesquisa	Quais as tecnologias educativas utilizadas como estratégia de educação em saúde no cuidado de enfermagem em reabilitação cardiovascular?		
	P – População	C – Conceito	C – Contexto
Extração	Tecnologias educativas	Educação em Saúde	Reabilitação Cardiovascular
Conversão (Descritores)	<i>Educational Technology</i>	<i>Health Education</i>	<i>Cardiac Rehabilitation</i>
Combinação	<i>educational technology</i>	<i>health education; education, nursing; health promotion; patient education as topic</i>	<i>cardiac rehabilitation; cardiovascular nursing; cardiovascular diseases</i>

Construção	<i>“educational technology” OR “health education” OR “education, nursing” OR “health promotion” OR “patient education as topic”</i>	<i>“cardiac rehabilitation” OR “cardiovascular nursing” OR “cardiovascular diseases”</i>
Uso (Equação final)	<i>(“educational technology” OR “health education” OR “education, nursing” OR “health promotion” OR “patient education as topic”) AND (“cardiac rehabilitation” OR “cardiovascular nursing” OR “cardiovascular diseases”)</i>	

Fonte: Elaborado conforme as recomendações de Araújo (2020)⁸.

As bases de dados eletrônicas utilizadas para coleta de dados foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PubMed (MEDLINE/PubMed), MEDLINE via Biblioteca Virtual de Saúde (MEDLINE/BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Scopus e *Web of Science*. A fim de possibilitar maior abrangência de estudos, conforme apontam as diretrizes do JBI para revisões de escopo⁷, a pesquisa elencou ainda fontes publicadas na literatura cinzenta, a partir do *Google Scholar* e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Inicialmente, aplicou-se a equação de busca nas fontes de dados supracitadas, sem restrição temporal ou de idioma, sendo excluídas as produções em casos de duplicidade, indisponibilidade na íntegra *on-line* ou que se tratasse de editoriais, resumos em anais de eventos, opiniões de especialistas, cartas ao editor, estudos incompletos, estudos em fase de projeto ou ainda sem resultados. Após, realizou-se a leitura do título e do resumo para excluir as produções que não se relacionavam com o objetivo de estudo, o que foi seguido de leitura na íntegra dos documentos que se relacionavam ou que possivelmente se relacionavam. Nessa ocasião, foram excluídos os estudos que não respondiam à questão de pesquisa, sendo a amostra final composta pelas produções restantes. Para o gerenciamento das referências, triagem e a seleção dos manuscritos, utilizou-se o *software Rayyan*®.

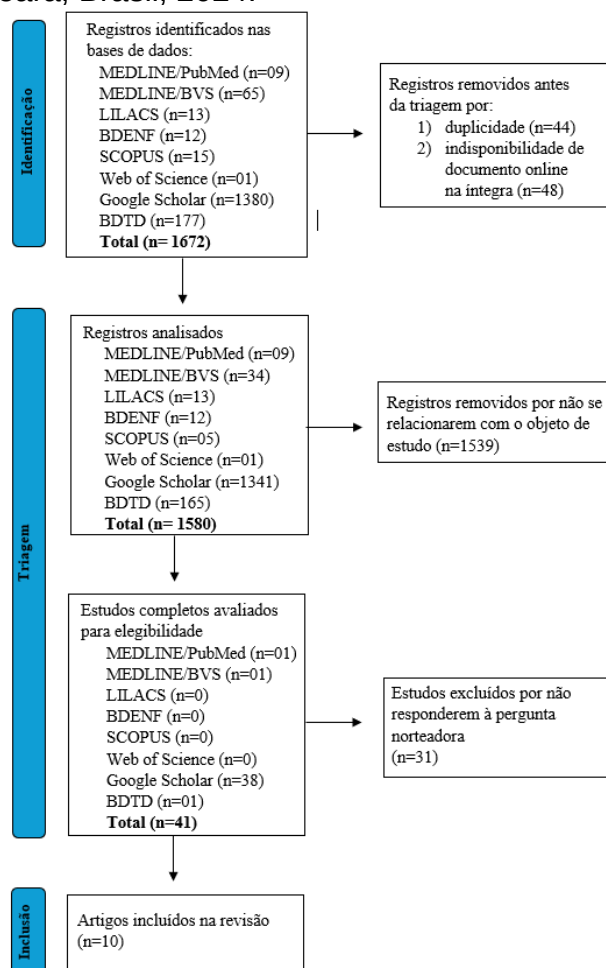
Os estudos incluídos na revisão foram submetidos à leitura e análise crítica. Elaborou-se um banco de dados no *Microsoft Excel*® com os seguintes itens referentes a esses manuscritos: identificação (tipo de documento, título, autores, país, base de dados e/ou periódico e ano); objetivos; aspectos metodológicos (delineamento da pesquisa e público-alvo) e os principais resultados referentes à descrição dos cuidados clínicos e/ou educativos de enfermagem na RCV.

A identificação, triagem e seleção dos documentos ocorreram entre abril e agosto de 2024, por três pesquisadores independentes, sendo a coleta de dados realizada em 5 de abril de 2024. Para a estruturação da revisão, seguiram-se as recomendações do PRISMA⁹.

RESULTADOS

O processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos é apresentado na Figura 1.

Figura 1. Processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos conforme o PRISMA. Sobral, Ceará, Brasil, 2024.



Fonte: Elaboração própria (2024).

Inicialmente foram identificados 1672 potenciais pesquisas. Após a exclusão das produções duplicadas e indisponíveis na íntegra, foram analisados 1.580 estudos, sendo eliminados 1.539 por não apresentarem tecnologias educativas ligadas ao

cuidado de enfermagem em RCV. Os 41 documentos restantes foram avaliados criteriosamente a partir da leitura na íntegra, sendo a amostra final composta por 10 pesquisas que responderam à questão norteadora.

O quadro 2 descreve a síntese dos estudos incluídos, apresentando título, ano de publicação, local de publicação, tecnologia(s) educativa(s) elucidada(s) e sua(s) finalidade(s).

Quadro 02. Síntese dos estudos incluídos na revisão. Sobral, Ceará, 2024.

Nº	Título	Ano	Local de Publicação	Tecnologia(s) Educativa(s)	Finalidade(s)
01	Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica: uma ferramenta para o paciente e família ¹⁰	2013	Digital Library USP	Cartilha educativa	Promoção do autocuidado com orientações de cuidados com a ferida operatória e descrição de estratégias de identificação de intercorrências, de retorno à consulta médica, de adaptação psicológica e de enfrentamento das dificuldades no pós-operatório.
02	Effectiveness of theory-based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial ¹¹	2014	European Journal of Cardiovascular Nursing	Carta-convite e Guia educacional	Promoção da coparticipação do paciente no tratamento, relembrando-o do dia de consulta. Junto ao convite havia um guia descrevendo algumas dúvidas comuns e reforçando os principais motivos para fazer a primeira consulta avaliativa.
03	Ações educativas do Enfermeiro ao cardiopata mediado pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) ¹²	2017	Journal of Health Informatics	TICs para ações educativas (vídeo, web sites e aplicativos para smartphones)	Proporcionamento de mudança comportamental mediante informações educacionais.

04	Cuidado de enfermagem centrado no homem cardiopata: proposta de um guia assistencial para a alta hospitalar ¹³	2017	Repositório Institucional da UFF	Guia assistencial	Promoção do autocuidado para homens cardiopatas após alta hospitalar, com conhecimento acerca da patologia, plano de metas de autocuidado, cuidados com a glicemia, pressão arterial e terapia medicamentosa.
05	Educação em saúde no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa ¹⁴	2018	Saúde e Pesquisa - UniCesumar	Recursos impressos e audiovisuais	Transmissão de conhecimento sobre a doença arterial coronariana e pós-cateterismo.
06	Desenvolvimento de protótipo de software para orientação de pacientes sobre cateterismo cardíaco e angioplastia de artérias coronárias ¹⁵	2018	Digital Library USP	Software em ambiente web e tecnologia móvel	Disponibilidade de consulta de informações sobre Cateterismo Cardíaco e Angioplastia de Artéria Coronária, abordando sobre diagnósticos, exames, ações terapêuticas, duração do tratamento, efeitos colaterais do procedimento, dentre outros.
07	Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca ¹⁶	2020	repositório institucional da UFSC	Cartilha educativa	Promoção do autocuidado para indivíduos com insuficiência cardíaca com temáticas voltadas ao conhecimento da patologia, educação em saúde acerca da reabilitação, atividade sexual, laboral, hábitos de vida e redes de apoio.
08	Utilização de tecnologias educacionais pela enfermagem após infarto do miocárdio ¹⁷	2021	Recien	Folheto e programas educativos	Promoção do autocuidado e descrição de orientações após evento coronariano que promovam a RCV.

09	Impacto de uma estratégia educativa na qualidade de vida e no autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca descompensada após alta hospitalar ¹⁸	2021	Research, Society and Development	Cartilha educativa	Promoção da qualidade de vida e do autocuidado após a alta hospitalar.
10	Desenvolvimento e validação de aplicativo móvel para o autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca ¹⁹	2022	Revista da escola de enfermagem da USP	Aplicativo educativo denominado "Tum, tum"	Promoção da educação em saúde e autogestão acerca do peso, alimentação, exercícios físicos, atividades sexual, etc., além de lembretes de uso medicamentoso.

Fonte: Elaboração Própria (2024).

A revisão integrou sete artigos e três dissertações de mestrado, sendo publicados entre 2013 e 2022. Foram identificadas as seguintes categorias de tecnologias educativas que subsidiaram o cuidado de enfermagem em RCV: guias e folhetos assistenciais^{11,13,14,17}; cartilha educativa^{10,16,18}; aplicativos móveis e sites^{12,15,19} e recursos audiovisuais^{12,14}.

Adicionalmente, tais tecnologias foram utilizadas para o cuidado de enfermagem RCV em geral, sem especificidade de acometimento cardiovascular¹¹⁻¹³; para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca^{16,18,19}; para o cuidado pós-infarto do miocárdio¹⁷; para o pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica¹⁰; para o cuidado diante da doença arterial coronariana¹⁴ e para pacientes que são submetidos a procedimentos de cateterismo e angioplastia¹⁵.

DISCUSSÃO

Este levantamento bibliográfico apontou escassez de produções que associam o uso de tecnologias educativas ao cuidado de enfermagem em RCV. Isso pode estar associado tanto à insuficiência de reconhecimento da relevância dessa terapêutica²⁰ quanto à carência de investimentos em intervenções que venham a ser subsidiadas

por tais tecnologias²¹. Apesar disso, foram evidenciados produtos educacionais físicos e virtuais com resultados significativos e alinhados às recomendações internacionais a respeito do assunto.

No que diz respeito aos guias assistenciais, estes foram caracterizados como instrumentos constituintes de descrições guiadas de aspectos essenciais para o autocuidado do indivíduo^{11,13}. Nesses materiais são explicitadas orientações multidimensionais, de modo que, quando executadas, possibilitam a recuperação com qualidade e segurança, podendo ser úteis diante de intervenções hospitalares ou após a alta hospitalar.

Tal tecnologia educativa foi considerada relevante para uma reabilitação eficiente, uma vez que em meio a situação estressante e rodeados de dúvidas, pacientes e cuidadores informais podem seguir instruções importantes para a prevenção de complicações a fim de evitar reinternações^{13,14}.

Associado ao guia assistencial foi evidenciado o uso de carta-convite¹¹. A utilização de convites para a RCV, além de oferecer detalhes com relação à marcação de consultas, incentiva os pacientes a comparecerem, haja vista a descrição de uma breve explicação das etapas e dos benefícios que a reabilitação pode trazer.

Já os folhetos assistenciais foram instituídos com foco em orientações relacionadas a aspectos da vida diária e de adesão ao tratamento, contemplando exercícios e medicação. Essas tecnologias foram consideradas relevantes por transmitir normas, comportamentos e mudanças de hábitos, facilitando a compreensão dos pacientes sobre sua condição de saúde, como no caso de infarto agudo do miocárdio e pós-cateterismo^{14,17}. Desse modo, apesar da variação terminológica, os guias e os folhetos assistenciais assumiram os mesmos objetivos de informar o paciente de forma resumida e direcionada a um contexto específico, sem maiores detalhes ou descrições, servindo de suporte suplementar às orientações de enfermagem já empregas no cuidado.

De modo complementar, as ferramentas educativas do tipo cartilha foram utilizadas para auxiliar no autocuidado do paciente no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio¹⁰ e após a alta por insuficiência cardíaca^{16,18}. Ao abordar acerca do uso correto das medicações, dos cuidados com a ferida operatória, da alimentação saudável, do controle do estresse, da identificação de intercorrências e da saúde mental, a cartilha é uma excelente opção para a orientação do paciente e

da família acerca das dificuldades enfrentadas após um procedimento considerado complexo, tendo em vista a riqueza de detalhes deste instrumento¹⁰.

Por outro lado, essa tecnologia também é útil para incentivar o autocuidado ao fornecer orientações claras sobre a cronicidade da doença, a gestão dos sintomas e as mudanças de hábitos para melhorar a qualidade de vida^{16,18}. Nesse contexto, elas visam facilitar a comunicação entre enfermeiros e pacientes, ajudando-os a adotar medidas preventivas no dia a dia para um efeito benéfico ao longo do tratamento.

Outrossim, também foram recuperadas tecnologias digitais^{12,15,19}. Aplicativos móveis^{12,19} foram destacados como ferramentas inovadoras para a educação em saúde de indivíduos em RCV, sendo considerados aliados para o cuidado à distância. Um dos grandes diferenciais destes produtos é sua praticidade, uma vez que com o desenvolvimento tecnológico crescente é permitido ao paciente acessar tais informações e sanar dúvidas quando preferir, através do uso de *smartphone*, sendo relevante na compreensão de processos patológicos e na promoção do autocuidado¹⁹.

Os recursos tecnológicos também estiveram presentes na criação de um protótipo de *software* para o sistema *web* e dispositivo móvel, o qual é capaz de fornecer informações sobre diagnósticos, exames, ações terapêuticas, duração do tratamento e efeitos colaterais voltados para os procedimentos de cateterismo e angioplastia¹⁵.

Assim, a associação entre sistema *web* e *smartphone* pode potencializar ainda mais a interação com o ser cuidado ao passo que duas ferramentas tecnológicas são alinhadas. Estes produtos diferenciam-se dos materiais impressos, sobretudo, no que diz respeito à riqueza de detalhes a serem acessados de forma interativa e personalizada à necessidade do paciente em um dado momento, permitindo que os cuidados de enfermagem possam ser disponibilizados independentemente de barreiras geográficas.

No que concerne aos recursos audiovisuais, foram identificadas tais ferramentas em associação a materiais impressos ou *sites*^{12,14}. Nesse contexto, evidenciou-se que Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como vídeos e mensagens SMS, também são valiosos para a transmissão de informações sobre os cuidados para o cardiopata, sendo capazes de proporcionar redução no custo e tempo de permanência do paciente no hospital e mudança nos seus hábitos de vida¹².

De modo geral, as estratégias educativas foram utilizadas para empoderar o paciente e melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que muitos acessam o serviço de saúde para sanar dúvidas e aliviar a ansiedade. Assim, o enfermeiro deve considerar as particularidades de cada indivíduo e, se possível, utilizar materiais variados e com metodologias interativas a fim de melhorar a qualidade do atendimento conduzido por tecnologias educacionais¹⁴.

Dessa forma, esse profissional pode orientar o processo de cuidado reabilitador a partir de qualquer uma das tecnologias apresentadas, contanto que avalie as necessidades do paciente e personalize-as de acordo com os objetivos terapêuticos. Assim, denota-se que com a implementação dessas intervenções, as quais devem ser metodologicamente sistematizadas, alcance-se as múltiplas dimensões atribuídas ao cuidado educativo em RCV.

CONCLUSÃO

O levantamento bibliográfico apontou para a existência de variados tipos de tecnologias educativas utilizadas no cuidado de enfermagem em RCV, embora o número de produções seja insuficiente. Essas tecnologias subsidiaram, sobretudo, intervenções no contexto do pós-infarto do miocárdio, da insuficiência cardíaca, do pós-operatório de cirurgias cardíacas, de doença arterial coronariana e de cateterismo e angioplastia.

Tais ferramentas foram consideradas essenciais para a promoção de saúde e do autocuidado, proporcionando melhor suporte aos pacientes em reabilitação. As múltiplas técnicas educacionais demonstraram êxito, sobretudo, na qualidade de vida, e no fortalecimento do tratamento, permitindo que a assistência fosse considerada de qualidade nos contextos de suas aplicações.

Destacou-se que o uso de estratégias mais simples, práticas e objetivas conseguem obter resultados satisfatórios na promoção da saúde. Nesse contexto, para fornecer um cuidado integrado e colaborativo torna-se essencial a combinação de intervenções educativas associadas às inovações tecnológicas disponíveis. Logo, incentiva-se o desenvolvimento de futuras pesquisas que possam verificar a correlação entre a terapêutica empregada e as tecnologias educativas utilizadas, de forma a integrar o cuidado clínico e educativo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque FLS, Sousa AEM, Agostinho CNLF, Gonçalves JRS, Pimentel MIC, Silva VT, et al. Obesidade abdominal como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020; 3 (6): 16440-7. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-066>
2. Ihara BP, Prieto ACC, Nobre MN, Pagoto AB, Júnior ILA, Júnior AHM. Dificuldades da reabilitação cardíaca no Brasil: uma revisão integrativa. *Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(7): e8372. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e8372.2021>
3. Sérvio TC, Britto RR, Ghisi GLM, Silva LP, Silva LDN, Lima MMO, et al. Barriers to cardiac rehabilitation delivery in a low-resource setting from the perspective of healthcare administrators, rehabilitation providers, and cardiac patients. *BMC Health Services research*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4463-9>
4. Rodrigues ARA. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nas transições da pessoa em programa de reabilitação cardíaca. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/43591>
5. Alves SAA, Abreu LC, Cunha NCP, Júnior ADA, Abreu CIPO, Meirelles ACA, et al. Descrição do Método Científico de Elaboração e Validação de Tecnologias Educativa no Formato Digital: Um Estudo Metodológico. *Journal of Human Growth and Development*. 2023; 33:14615. doi: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v33.14615>
6. Dourado JVL, Arruda LP, Ponte KMA, Silva MAM, Ferreira Junior AR, Aguiar FAR. Tecnologias para a educação em saúde com adolescentes: revisão integrativa. *Av Enferm*. 2021;39(2):235-254. doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85639>
7. Joanna Briggs Institute [homepage na internet]. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: Instituto Joana Briggs; 2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf>
8. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde. *ConCi: Convergências em Ciência da Informação*. 2020;3(2):100–134. doi: <http://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Botron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*. 2021;372(71). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>.
10. Gentil LLS. Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica: uma ferramenta para o paciente e família [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013. doi: <https://doi.org/10.11606/D.7.2013.tde-12092014-122925>
11. Mosleh SM, Bond CM, Lee AJ, Kiger A, Campbell NC. Effectiveness of theory-based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 13(3): 201–10.

12. Bautista G, Kobayashi RM, Simonetti SH. Ações educativas do Enfermeiro ao cardiopata mediado pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). *Journal of Health Informatics*. 2017;9(2). Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/466>
13. Debona KV. Cuidado de enfermagem centrado no homem cardiopata: proposta de um guia assistencial para a alta hospitalar. Repositório Institucional da UFF. 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6081>
14. Chaves SCS, Brusamarello T, Huernemann RR. Educação em saúde no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa. *Saúde e Pesquisa*. 2018. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p171-178>
15. Bertolini SRF. Desenvolvimento de protótipo de software para orientação de pacientes sobre cateterismo cardíaco e angioplastia de artéria coronária [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018. doi: <https://doi.org/10.11606/D.22.2019.tde-05122018-164158>
16. Pereira T. Cartilha educativa para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. Repositório Institucional de Enfermagem da UFSC. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216511>
17. Cabral FJD, Neres MJD, Cabral FLA. Utilização de tecnologias educacionais pela enfermagem após infarto do miocárdio. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2021; 11(35): 131–41. doi: <http://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.131-141>
18. Santos GVS, Freire ARJ, Marques C, Santos DMS, Valentim AR, Tavares, ACM, et al. Impacto de uma estratégia educativa na qualidade de vida e no autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca descompensada após alta hospitalar. *Society and Development*. 2021; 10(16). doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23445>
19. Sousa MM, Lopes CT, Almeida AAM, Almeida TCF, Gouveia BLA, Oliveira SHS. Development and validation of a mobile application for heart failure patients self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0315en>
20. Stein R, Milani M, Abreu A. Qual é o Cenário Atual da Reabilitação Cardíaca no Brasil e em Portugal?. *Arq Bras Cardiol*. 2022;118(5):858–60. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20220210>
21. Rocha EP, Oliveira APP, Esteves AVF. Validação das tecnologias educacionais na área de Enfermagem: uma revisão integrativa. *Scientia Amazonia*. 2015; 4(3):41-7. Disponível em: <https://scientia-amazonia.org/wp-content/uploads/2016/06/v4-n3-41-47-2015.pdf>

RECEBIDO: 05/11/2024
APROVADO: 25/02/2025

Espiritualidade, fé e saúde: evidências e interpretações

Spirituality, faith and health: Evidence and interpretations

Rachel Lima Ribeiro Tinoco¹

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3043-0661> Acadêmica em Terapia Ocupacional. Cirurgiã-dentista. Doutora em Arqueologia. Universidade Cesumar, Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: rachelrtinoco@gmail.com

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo explorar as evidências sobre a relação entre espiritualidade e saúde, destacando seus benefícios e considerando seu papel nas práticas de cuidados de saúde. A relação entre espiritualidade e saúde tem sido objeto de interesse crescente nas pesquisas. Diversos estudos sugerem que a espiritualidade pode desempenhar um papel significativo no bem-estar geral das pessoas, afetando tanto sua saúde mental quanto física, com impacto positivo no prognóstico de pacientes. Diferentes mecanismos de ação têm sido propostos para explicar o efeito da fé e da espiritualidade na saúde, incluindo efeito placebo, otimismo, efeitos neurológicos e melhora da resiliência humana, porém algumas barreiras intransponíveis foram evidenciadas. Entretanto, evidências apontam para a relevância da espiritualidade na promoção do bem-estar e da qualidade de vida. Conclui-se com reconhecimento das limitações científicas e aceite a fé como característica de cada ser humano, que precisa ter sua natureza biopsicossocial-espiritual reconhecida pela ciência.

DESCRIPTORIOS: Espiritualidade. Saúde pública. Cura pela fé. Promoção de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to explore the evidence on the relationship between spirituality and health, highlighting its benefits and considering its role in healthcare practices. The connection between spirituality and health has become an

increasingly popular topic in research. Several studies suggest that spirituality can play a significant role in individuals' overall well-being, influencing both their mental and physical health, and positively impacting patient outcomes. Various mechanisms have been proposed to explain the effects of faith and spirituality on health, including the placebo effect, optimism, neurological changes, and the enhancement of human resilience. However, some insurmountable barriers have been identified. Despite this, evidence supports the relevance of spirituality in promoting well-being and quality of life. The conclusion acknowledges scientific limitations and recognizes faith as an inherent characteristic of each individual, whose biopsychosocial-spiritual nature should be acknowledged by science.

DESCRIPTORS: Spirituality. Public health. Faith healing. Health promotion.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Diversas pesquisas sugerem que a espiritualidade pode desempenhar um papel significativo no bem-estar geral das pessoas, afetando não apenas sua saúde mental, mas também a saúde física. A influência da espiritualidade, fé e/ou religião sobre a saúde ou prognóstico de pacientes tem sido um tema de interesse crescente em pesquisas, e pode-se dizer que não há mais dúvidas sobre sua existência – apenas sobre como acontecem, e como ofertar isso aos pacientes¹⁻³.

Antes de prosseguir, é importante estabelecer uma compreensão clara dos conceitos de espiritualidade e saúde. A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que significa elevação, transcendência e sublimidade⁴, e pode ser definida como a busca de significado, propósito, conexão com algo maior. É a dimensão peculiar de todo ser humano e o impulsiona na tentativa de dar sentido e resposta aos aspectos fundamentais da vida. A espiritualidade não é monopólio das religiões ou de algum movimento espiritual, mas é inerente ao ser humano⁵. Embora tenha fortes conexões com a religião, a espiritualidade pode ser vivenciada de maneiras diversas e independe de crenças específicas.

A religião é da ordem do institucional, a religiosidade é compreendida na dimensão pessoal. A religiosidade é expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com uma instituição religiosa, possibilitando experiências místicas, transcendentais e sublimes, motivo pelo qual alguns autores definem religiosidade como a expressão da própria espiritualidade^{5,6}.

Vale citar, ainda, o conceito de meditação, definida como uma prática de integração mente-corpo baseada na vivência do momento presente, com consciência plena e não julgadora a cada instante. Embora seja praticada pelos budistas há pelo menos três mil anos, e esteja presente no arsenal terapêutico de alguns sistemas tradicionais de Medicina do Oriente, apenas recentemente esforços sistemáticos têm ocorrido para sua integração nas intervenções clínicas dentro da Medicina ocidental. O conceito de meditação está intrinsecamente relacionado ao chamado estado de *mindfulness* ou “atenção plena”^{7,8}.

Por fim, a saúde é, de acordo com a OMS, um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Isto posto, não podem ser dissociados os aspectos fisiológicos de aspectos psicológicos, e tampouco da

espiritualidade⁹. O presente trabalho tem por objetivo explorar as evidências que respaldam a relação entre espiritualidade e saúde, destacando seus benefícios e considerando seu papel nas práticas de cuidados de saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

Estudos longitudinais concentram-se em diferentes relações entre fé, espiritualidade e/ou meditação, podendo-se citar como desfecho analisado o prognóstico de pacientes acometidos por diferentes doenças, a longevidade e/ou a qualidade de vida de indivíduos.

Koenig e colaboradores¹⁰ analisaram o *coping* religioso e sua influência em pacientes idosos admitidos em uma unidade de saúde. *Coping* religioso foi um conceito desenvolvido por Kenneth Pargament, e definido como a utilização da religião, espiritualidade ou fé para o manejo do estresse¹¹. A amostra foi composta por 850 pacientes a partir de 65 anos, sem diagnóstico psiquiátrico prévio. O *coping* religioso foi analisado através de entrevista e questionários com perguntas abertas e fechadas, e contrastado com índice de depressão por autoavaliação e análise de observador. Constatou-se que os sintomas depressivos foram inversamente proporcionais ao *coping* religioso, associação que persistiu após o controle de outros correlatos sociodemográficos e de saúde. Quando 202 homens foram reavaliados durante suas admissões hospitalares subsequentes, em média seis meses depois, o enfrentamento religioso foi a única variável de base que previu pontuações mais baixas de depressão no acompanhamento.

Cotton e colaboradores¹² pesquisaram mudanças nos níveis de espiritualidade ao longo de 12 a 18 meses entre 450 pacientes HIV positivos, com idade média de 43,3 anos. Os resultados mostraram que dentre os pacientes, 80% indicaram uma preferência religiosa específica, e 339 (75%) relataram que a doença fortaleceu sua fé, e usaram estratégias de enfrentamento religiosas positivas (como buscar o amor e o cuidado de Deus) com mais frequência do que as negativas (como considerar-se abandonado por Deus; $p < 0,0001$).

A relação entre a evolução do câncer e a relevância do enfrentamento religioso ou espiritual de pacientes também foi analisada por diversos autores. Morais & Barros³ concluíram, após pesquisa em 42 pacientes em tratamento oncológico, que a fé tem grande impacto no enfrentamento da doença, sendo considerada de grande

importância pelos pacientes, e gerando expectativa positiva com relação ao tratamento. Outros pesquisadores também concluíram a influência positiva e a manutenção da fé na maioria dos pacientes com câncer e seus cuidadores^{2,13-15}.

A oração e o otimismo foram o foco da pesquisa de Ai e colaboradores¹⁶ em 246 pacientes aguardando cirurgia cardíaca. A oração privada previu otimismo, juntamente com idade avançada, melhores recursos socioeconômicos e afeto mais saudável. Nem medidas de religiosidade geral nem qualquer tipo de oração usada pelos pacientes foram associadas ao otimismo. Os autores concluíram sugerindo melhorias na avaliação e no cuidado espiritual, a ser providenciado pelo médico responsável, e para os pesquisadores abordarem o enfrentamento espiritual em situações clínicas.

Com vistas à manutenção da saúde, DeHeaven e colaboradores¹⁷ realizaram revisão sistemática sobre programas de saúde em organizações religiosas. Dentre os 105 selecionados, verificou-se que a maioria dos programas enfocou a prevenção primária (50,9%), manutenção da saúde geral (25,5%), saúde cardiovascular (20,7%) ou câncer (18,9%). Efeitos significativos relatados incluíram reduções nos níveis de colesterol e pressão arterial, peso e sintomas de doenças, e aumento no uso de mamografia e auto-exame de mama. Os autores concluíram que programas baseados na fé podem melhorar os índices de saúde. São necessários meios para aumentar a frequência com que esses programas são avaliados e os resultados dessas avaliações são divulgados.

Na mesma vertente, McCullough e colaboradores¹ realizaram meta-análise incluindo 42 estudos independentes, que juntos totalizariam cerca de 126.000 indivíduos, comparando o envolvimento religioso e possíveis causas de mortalidade. O envolvimento religioso foi significativamente associado a menor mortalidade.

MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente trabalho, foram pesquisados nos bancos de dados acadêmicos PubMed, Google Acadêmico, e Scopus através das palavras-chave "espiritualidade", "fé", "oração", "meditação" em combinação com as palavras-chave "saúde", "bem-estar", "qualidade de vida", "prognóstico" e "doença". Os resultados foram selecionados inicialmente a partir de títulos, em seguida com a leitura

do *abstract*, de acordo com o objetivo proposto e, posteriormente, com a análise completa dos artigos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os estudos, em suas diferentes vertentes, reconhecem a relação entre espiritualidade ou fé e os desfechos positivos em pacientes ou qualidade de vida de pessoas espiritualizadas. A necessidade de novos estudos também é uma constante, mas fatores hormonais, neurológicos, psicológicos, imunológicos e outras possibilidades de melhora na resiliência humana se distribuem entre as conclusões.

Diferentes mecanismos de ação têm sido propostos para a ação da fé e oração na manutenção e recuperação da saúde. A oração pode ser comparada à meditação, considerando seus efeitos somáticos e psicossomáticos. Diferentes pesquisas verificaram relação entre a meditação e redução clinicamente significativa na pressão arterial ambulatorial, frequência cardíaca, alteração dos níveis de melatonina e serotonina, aumento da resposta imune, redução do estresse, da ansiedade e da dor¹⁸.

Curiosamente, descobriu-se que a meditação espiritual é superior à meditação secular e ao relaxamento em termos de diminuição da ansiedade e melhora do humor positivo, saúde espiritual, experiências espirituais e tolerância à dor¹⁹. Pesquisadores identificam diferentes possibilidades para explicar o efeito da fé e da espiritualidade na saúde – desde efeito placebo, curso natural da doença, otimismo e efeitos neurológicos, dentre outros.

Entretanto, pesquisadores que corajosamente verificaram a possibilidade de intervenção divina para explicar de maneira lógica o efeito da oração à distância, feita por terceiros, por vezes sem mesmo o conhecimento do paciente, deram por encerrados seus estudos em uma barreira intransponível e inexplicável^{20,21}. A inclusão de estudos teológicos em suas revisões, assimilação entre diferentes tipos de meditação, prece ou intervenção à distância, dificuldades metodológicas e, para os mais humildes, o reconhecimento da limitação da ciência, são elementos encontrados nesses estudos²².

Uma pesquisa com mais de seiscentos registros de milagres nos arquivos do Vaticano, desde o século XVII até o século XX, revela que mais de 95% são curas de

doenças, nas quais o testemunho de médicos sempre foi crucial para a investigação dos milagres, ao declarar o prognóstico sem esperança e a surpresa diante da recuperação²³.

As práticas religiosas se destacam, em especial, na manutenção da saúde mental e prevenção de doenças, influenciando psicodinamicamente e auxiliando no enfrentamento de ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento. A igreja, como espaço de congregação e coletividade, une pessoas com interesses comuns, acolhendo e escutando aqueles que buscam compreensão sobre suas doenças, onde a medicina não foi capaz de esclarecer. O apoio oferecido por instituições religiosas e a inserção em redes de relações sociais é crucial para a saúde mental, especialmente considerando que pacientes psiquiátricos frequentemente têm seus laços sociais restritos a instituições de tratamento²⁴.

Nas instituições de saúde, de acordo com o disposto na Lei 9.982 de 14 de julho de 2020²⁵, o paciente possui garantia de acesso a religiosos em instituições hospitalares ou prisionais, para prestar assistência religiosa. Algumas instituições são fundadas originalmente vinculadas a alguma religião, como a Irmandade Santa Casa de Misericórdia, presente no país desde a época colonial, hoje com 2.500 hospitais, atuantes no SUS²⁶.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) surgiram como uma resposta à necessidade de ampliar o cuidado de forma integral, indo além do modelo biomédico tradicional e valorizando saberes tradicionais, como as medicinas chinesa e indiana. Reconhecidas globalmente desde os anos 1970, com incentivo da OMS, elas começaram a ser adotadas no Brasil na década de 1980 e foram regulamentadas pelo SUS em 2006, com a Política Nacional de PICS^{27, 28}. Dentre as 29 modalidades de PICS regulamentadas, constam meditação, reiki, imposição das mãos, dentre outras, porém nenhuma delas se aproxima do exercício da espiritualidade ou se baseia na fé – independente de religião.

A formação médica no Brasil ainda negligencia o preparo para lidar com questões de espiritualidade, deixando muitos profissionais insensíveis ou despreparados para ofertar, atender, ou mesmo responder a solicitações de pacientes quanto ao cuidado espiritual. Sem treinamento adequado, muitos médicos evitam ou desvalorizam as manifestações espirituais, agravando a falta de apoio em contextos críticos. Essa lacuna também reflete o desconhecimento sobre a diversidade religiosa e cultural do Brasil, o que pode levar a preconceitos ou à incapacidade de integrar

práticas espirituais que poderiam aliviar o sofrimento e fortalecer a adesão ao tratamento^{29, 30}.

O presente estudo tem como principal limitação o objeto de atenção e sua subjetividade intrínseca, uma vez que não há método científico capaz de mensurar fé, ou outra manifestação espiritual a que se possa atribuir a cura do paciente, ou melhora no prognóstico ou promoção de saúde. Estudos de revisão sistemática e metanálises foram buscadas para minimizar este viés^{1, 20, 21}.

Futuros projetos de pesquisa deveriam propor um acompanhamento duplo-cego, longitudinal, com base em *coping* religioso, participação ativa em religiões, e uso de técnicas de exercício da fé, como bênçãos, unções, orações, terços, dentre outros. Esses estudos deveriam incluir tanto pacientes diagnosticados como não diagnosticados, permitindo um acompanhamento detalhado da evolução das doenças, prognósticos, longevidade, e promoção da saúde.

Além disso, recomendam-se investigações que considerem variáveis como a frequência da prática religiosa, o tipo de suporte social oferecido pelas comunidades religiosas, e o papel da fé na resiliência emocional e saúde mental dos pacientes. Esse tipo de abordagem holística pode fornecer uma compreensão mais profunda sobre como a espiritualidade e a religiosidade impactam a saúde mental e física dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre espiritualidade e saúde é um campo intrigante e complexo, que continua a atrair interesse crescente na comunidade científica. As evidências apresentadas neste artigo destacam a relevância da espiritualidade na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, bem como na recuperação e manutenção da saúde.

Pesquisas ainda se desenvolvem não com foco principal em sua influência, mas na tentativa de explicar cientificamente seus mecanismos de ação. Isso pressupõe uma dificuldade por parte da ciência em se reconhecer totalmente alheia, separada da fé – “Aquele que duvida é semelhante à onda do mar, levada e agitada pelo vento.” (Tiago 1, 6)³¹. O exercício da espiritualidade ainda não foi contemplado entre as PICS, e carece de atenção das instituições de ensino superior na formação de futuros médicos – independente de religião – para lidar com a espiritualidade de

seus pacientes, e suas próprias angústias, lacuna evidenciada pelo aumento da incidência de síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde durante a pandemia.

Finalizamos com a sugestão de considerar a fé como elemento espiritual, e aceitar a barreira da ciência. O conhecimento científico é verificável, falível, e baseado em evidências. A fé pertence ao campo do conhecimento teológico e, portanto, não é passível de testes científicos. O grau de espiritualidade ou fé faz parte de nosso livre-arbítrio, como seres biopsicossociais-espirituais.

REFERÊNCIAS

1. McCullough M. Religious involvement and mortality. In: Plante TG, Sherman AC. Faith and Health: Psychological Perspectives. New York: The Guilford Press; 2001. 53-74.
2. Veit CM, Castro EK. Coping religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: Um estudo qualitativo. Psico. 2013;44(3):331-41. Disponível em <https://pucrs.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/15820>
3. Morais DN, Castro Barros A. Além da Medicina: Estratégias de fé no enfrentamento do câncer. BASR. 2020 Jan 29;4(1):157-75. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/6461>
4. Gomes LN, Freitas Rodrigues IC, Rocha SM, Alves WG, Botelho LL, Melo Franco AC, Santana DS, Labuda SF, Gonçalves LS, Soares GF. A influência da espiritualidade na terapêutica e prognóstico dos pacientes com transtornos mentais. Rev Eletrônica Acervo Cient. 2021 Jul 7;29:e7729-. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/7729>
5. Gomes NS, Farina M, Forno CD. Espiritualidade, religiosidade e religião: Reflexão de conceitos em artigos psicológicos. Rev Psicol IMED. 2014 Jul;6(2):107-12.
6. Oliveira MR, Junges JR. Mental health and spirituality/religiosity: Psychologists' understandings. Estud Psicol. (Natal). 2012;17:469-76. Disponível em <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/abstract/?lang=en>
7. Demarzo MM. Meditação aplicada à saúde. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed. 2011;6:1-8.
8. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997;31:538-42. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?stop=next&format=html>
9. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17:29-41.

10. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, Goli V, DiPasquale B. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry*. 1992 Dec 1;149(12):1693-700. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1693>
11. Corrêa CV, Batista JS, Holanda AF. Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: Revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). *Revista Psico FAE: Pluralidades em Saúde Mental*. 2016;5(1):61-78. Disponível em <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/82>
12. Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006;21(S5):S5–13. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1525-1497.2006.00642.x>
13. Geronasso MC, Coelho D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Rev Saúde Meio Ambiente*. 2012 Jul 6;1(1):173-87. Disponível em <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227>
14. Soothill K, Morris SM, Harman JC, Thomas C, Francis B, McIlmurray MB. Cancer and faith. Having faith—does it make a difference among patients and their informal carers?. *Scand J Caring Sci*. 2002 Sep;16(3):256-63. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2002.00097.x>
15. Kelly EP, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Hyer JM, Pawlik TM. The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surg Oncol*. 2022 Jun 1;42:101389. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960740420303236>
16. Ai AL, Peterson C, Bolling SF, Koenig H. Private prayer and optimism in middle-aged and older patients awaiting cardiac surgery. *The Gerontologist*. 2002 Feb 1;42(1):70-81. Disponível em <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/42/1/70/641503?login=false>
17. DeHaven MJ, Hunter IB, Wilder L, Walton JW, Berry J. Health programs in faith-based organizations: are they effective?. *Am J Public Health*. 2004 Jun;94(6):1030-6. Disponível em <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.94.6.1030>
18. O'Hara DP. Is there a role for prayer and spirituality in health care?. *Med Clinics*. 2002 Jan 1;86(1):33-46. Disponível em [https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125\(03\)00070-1/abstract](https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125(03)00070-1/abstract)
19. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med*. 2005 Aug;28:369-84. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-005-9008-5>

20. Roberts L, Ahmed I, Davison A. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Cochrane Database of Syst Rev. 2009(2). Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000368.pub3/full>
21. Jørgensen KJ, Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Divine intervention? A Cochrane review on intercessory prayer gone beyond science and reason. J Negat Results Biomed. 2009 Dec;8:1-4. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1186/1477-5751-8-7>
22. Sheldrake, R. Prayer: A challenge for science. Noetic Sci Rev. 1994; 30: 4-9.
23. Duffin J. The doctor was surprised; or, how to diagnose a miracle. Bull Hist Med. 2007;81(4):699-729. DOI: <https://dx.doi.org/10.1353/bhm.2007.0124>
24. Murakami R, Campos CJ. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm. 2012;65:361-7. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>
25. Brasil. Lei n. 9.982 de 14 de julho de 2020. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Brasília, DF: Diário Oficial, 2020. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20prest%C3%A7%C3%A3o%20de,estabelecimentos%20prisonais%20civis%20e%20militares.
26. Santa Casa. A história das Santas Casas. [Internet]. Passos: Santa Casa de Misericórdia de Passos. 2016 Disponível em <https://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde no SUS: Atitude e ampliação de acesso. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015, 98p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
28. Ministério da Saúde (BR). Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. Brasília; 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2024/relatorio-de-monitoramento-nacional-das-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude.pdf>
29. Trofa GC, Germani AC, Oliveira JA, Eluf Neto J. A espiritualidade/religiosidade como desafio ao cuidado integral: aspectos regulatórios na formação médica brasileira. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2021 Dec 6;31:e310409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310409>
30. Banin VB, Silva DI, Moreira LG, Padula NA, Mariotti LG, Andrade LG. Medicina e espiritualidade: o perfil de estudantes e médicos de uma escola

médica brasileira. Rev Bras Educ Med. 2024 Mar 8;48(1):e008. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2023-0141>

31. Bíblia Sagrada. Novo Testamento. Tiago 1,6. Edição Pastoral. São Paulo: Editora Paulus; 2018.

RECEBIDO: 15/01/2025
APROVADO: 26/03/2025