

ISSN: 1982-8829. VOL. 20, N.01. PUBLICADO EM 2026.

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 20
Nº 01

Foto: Radilson Carlos Gomes



EDITORAS

LUANA DIAS DA COSTA
JOSÉ DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA
SIMARA LOPES CRUZ DAMÁZIO

SAÚDE PRISIONAL,
COVID-19 E
POPULAÇÕES
VULNERABILIZADAS
PÁGINAS 145 A 159

TELEMEDICINA E
TRANSFORMAÇÃO
DIGITAL NA SAÚDE
PÁGINAS 31 A 51

IMPACTOS DA PANDEMIA
NOS HÁBITOS
ALIMENTARES E NA
SAÚDE DOS
TRABALHADORES
PÁGINAS 95 A 112



© 2026 Editora ECoS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão

Coordenação Institucional

Editora ECoS, vinculada ao Laboratório
ECoS (Laboratório de Educação,
Informação e Comunicação em Saúde) da
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília (FS/UnB)

Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Foto da Capa

Radilson Carlos Gomes

Arte da Capa

Giovanna Li Wing Lein Ramos
Richard Guilherme Marques Monteiro

Revisão

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres
Luana Dias da Costa

Normalização e Montagem

Ana Beatriz Castro da Silva
Ana Luísa Aragão Gomes
Hélène dos Reis Amorim
Tamyres Pereira dos Santos

Organização Editorial

Laís R. O. Normando

Diagramação e Publicação

Ana Beatriz Castro da Silva
Ana Luísa Aragão Gomes
Giovanna Li Wing Lein Ramos
Hélène dos Reis Amorim
Richard Guilherme Marques Monteiro
Tamyres Pereira dos Santos
Mônica Peres

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Tempus Actas em Saúde Coletiva:

E-mail: revistatempusactas@gmail.com
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/about>

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça; Elmira L. M. S. Simeão - v. 20, n.01. - Brasília : Editora Ecos, 2026. / Organizadores Elmira L. M. S. Simeão; Mônica Peres; Luana Dias da Costa. - Editores Elmira L. M. S. Simeão; Mônica Peres.

Trimestral

Obra publicada em 2026 ISSN 1982-8829

1. Gestão, Planejamento e Inovação no SUS 2. Vigilância, Epidemiológica e Doenças 3. Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado 4. Saúde, Território e Populações Vulnerabilizadas. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça,

Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão, *Universidade de Brasília, Brasil*

Editores Assistentes

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Mônica Regina Peres, *Universidade de Brasília, Brasil*

Antonio Sergio de Freitas Ferreira, *Universidade de Brasília, Brasil*

Conselho Consultivo

Maria Cecília Minayo, *Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro, Brasil*

Maria Fátima de Sousa, *Universidade de Brasília, Brasil*

Margareth S. Zanchetta, *Toronto Metropolitan University*

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia Maria Araújo Drummond, *Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Ângela de Oliveira Carneiro, *Universidade Federal do Vale do São Francisco*

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, *Universidade Federal do Pará*

Jeferson Santos Araújo, *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil*

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Josivania Silva Farias, *Universidade de Brasília, Brasil*

Katarinne Lima Moraes, *Universidade de Brasília, Brasil*

Lise Renaud, *Université du Québec à Montréal, Canadá*

Maria Célia Delduque, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Maria da Glória Lima, *Universidade de Brasília, Brasil*

Mariella Silva de Oliveira-Costa, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Miguel Ângelo Montagner, *Universidade de Brasília, Brasil*

Natália Fernandes de Andrade, *Universidade de Brasília, Brasil*

Soraya Resende Fleischer, *Universidade de Brasília, Brasil*

Wânia Ribeiro Fernandes, *Universidade Federal do Amazonas, Brasil*

Ximena Pamela Díaz Bermúdez, *Universidade de Brasília, Brasil*

SUMÁRIO

EIXO 1 – GESTÃO, PLANEJAMENTO E INOVAÇÃO NO SUS

1. Planejamento Estratégico em um hospital universitário: a elaboração do Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do Hospital Universitário de Brasília. - Páginas 05 a 17
Oliveira Lopes et al.
2. Saúde indígena no planejamento do SUS em Santa Catarina: análise quanti-qualitativa de planos municipais, regionais e estadual de saúde. - Páginas 18 a 30
Aliano Baldessar et al.
3. Fatores inibidores e facilitadores da aceitação e uso da telemedicina: uma revisão sistemática da literatura. - Páginas 31 a 51
Sousa Martins et al.

EIXO 2 – VIGILÂNCIA, EPIDEMIOLÓGICA E DOENÇAS

4. Prevalência e fatores associados à toxoplasmose gestacional no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina. - Páginas 52 a 63
Tarachuka Zimmermann et al.
5. Avaliação de protocolos e diretrizes clínicas para o manejo da hanseníase pelo instrumento AGREE II. - Páginas 64 a 83
Silva et al.
6. Análise do consumo alimentar da população de um município no estado do Paraná e sua relação com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. - Páginas 84 a 94
Milane et al.
7. Impacto da pandemia Covid-19 no comportamento e no consumo alimentar de trabalhadores e profissionais da área da saúde. - Páginas 95 a 112
Marcolino Cavalcante et al.

EIXO 3 – ATENÇÃO À SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO

8. Navegar é preciso, senão a jornada te cansa: a intervenção do assistente social na navegação de pacientes com câncer de mama. - Páginas 113 a 132
Santos da Hora et al.
9. Laserterapia como estratégia terapêutica no tratamento da mucosite oral em pacientes oncológicos: revisão narrativa da literatura. - Páginas 133 a 144
Pinheiro Matos et al.

EIXO 4 – SAÚDE, TERRITÓRIO E POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

10. A pandemia da Covid-19 atrás das grades: os desafios enfrentados pelos Agentes Promotores de Saúde e a população vulnerabilizada. - Páginas 145 a 159
Santana Padilha et al.
11. A extensão universitária para a promoção da saúde cardiovascular em adolescentes de uma escola pública: um relato de experiência. - Páginas 160 a 172
Brito Meira et al.
12. Interfaces da espiritualidade e a integridade individual: disposições para o condicionamento físico - Páginas 173 a 185
Coutinho et al.

Editorial

Luana Dias da Costa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Simara Lopes Cruz Damázio

A produção científica em Saúde Coletiva desempenha papel fundamental na compreensão dos desafios contemporâneos que permeiam os sistemas de saúde, os processos de cuidado e as condições de vida das populações. Nesse contexto, este fascículo reúne estudos que abordam diferentes dimensões da saúde, evidenciando a complexidade dos fenômenos que impactam a organização dos serviços, a formulação de políticas públicas e a promoção da saúde em distintos territórios e grupos populacionais.

Os artigos aqui apresentados contemplam temas relacionados à gestão, ao planejamento e à inovação no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância do planejamento estratégico, da incorporação de tecnologias em saúde e da consideração das especificidades socioculturais no processo de construção das políticas públicas. As discussões sobre saúde indígena, telemedicina e gestão hospitalar reforçam a necessidade de modelos de atenção mais integrados, equitativos e capazes de responder às transformações sociais e tecnológicas da atualidade.

O fascículo também reúne pesquisas voltadas à vigilância em saúde e ao enfrentamento de agravos prioritários, abordando questões relacionadas à toxoplasmose gestacional, hanseníase, doenças crônicas não transmissíveis e aos impactos da pandemia da Covid-19 sobre hábitos alimentares e condições de saúde. Esses estudos contribuem para a produção de evidências que subsidiam ações de prevenção, promoção da saúde e qualificação da atenção à população.

Outro eixo importante é constituído pelos trabalhos que discutem práticas de cuidado e linhas de atenção em saúde. As reflexões sobre a navegação de pacientes com câncer de mama e sobre a utilização da laserterapia no manejo da mucosite oral em pacientes oncológicos evidenciam a importância da integralidade do cuidado e da busca por estratégias que promovam melhor qualidade de vida e melhores desfechos clínicos.

Por fim, os artigos dedicados às populações vulnerabilizadas ampliam o debate sobre equidade e justiça social em saúde. As experiências relacionadas à população privada de liberdade e às ações de extensão universitária voltadas à promoção da saúde cardiovascular entre adolescentes reforçam a necessidade de abordagens intersetoriais e do fortalecimento de práticas comprometidas com a redução das desigualdades sociais e em saúde.

Em conjunto, os estudos publicados neste fascículo demonstram a vitalidade da pesquisa em Saúde Coletiva e sua capacidade de produzir conhecimento relevante para gestores, profissionais, pesquisadores e estudantes. Esperamos que as reflexões aqui apresentadas contribuam para o fortalecimento do SUS, para a qualificação das práticas de cuidado e para a construção de respostas cada vez mais efetivas aos desafios sanitários contemporâneos.

Desejamos a todos uma excelente leitura.

Planejamento estratégico em um hospital universitário: a elaboração do Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do Hospital Universitário de Brasília

Strategic planning in a university hospital: preparation of the Strategic Plan Director 2024-2028 of the University Hospital of Brasília

Planificación estratégica en un hospital universitario: desarrollo del Plan Maestro Estratégico 2024-2028 para el Hospital Universitario de Brasília

Letícia Oliveira Lopes¹

Natalia Fernandes de Andrade²

Lais Milhomem Lima³

Flavio Andrade de Souza⁴

Mayara Nascimento Dias De Souza⁵

Luana Dias da Costa⁶

Marcus Vinícius Borges de Carvalho⁷

Ana Valéria Machado Mendonça⁸

Maria Fátima de Sousa⁹

¹Universidade de Brasília, UnB

²Universidade de Brasília, UnB

³Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, EBSEH

⁴Hospital Universitário de Brasília/Ebserh, HUB-UnB/Ebserh

⁵Hospital Universitário de Brasília, HUB

⁶Universidade de Brasília, UnB

⁸Universidade de Brasília, UnB

⁹Universidade de Brasília, UnB

RESUMO

O Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à Universidade de Brasília (UnB) e gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde 2013, é uma instituição pública de ensino, pesquisa e assistência em saúde, destaca-se como referência em média e alta complexidade. Adota práticas de gestão pública baseadas em planejamento estratégico, com desdobramento por meio do Plano Diretor Estratégico. A versão 2024–2028 foi construída com ampla participação de gestores, trabalhadores, estudantes e parceiros institucionais, em um processo colaborativo conduzido pelo Setor de Governança e Estratégia. A elaboração do plano seguiu duas fases, sendo o direcionamento estratégico que envolveu a análise situacional e o segundo momento foi o planejamento de indicadores e projetos, que se concentrou na definição de indicadores de desempenho, metas e projetos alinhados aos objetivos estratégicos da Rede Ebserh, com base no *Balanced Scorecard*. O presente artigo tem como resultado a elaboração do Plano de maneira participativa, que traduz o compromisso da instituição com a melhoria contínua da gestão, do cuidado em saúde e da

formação em nível superior, reafirmando o protagonismo do HUB como hospital universitário voltado à excelência, à inovação e à atuação em rede no contexto do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Hospitais Universitários. Planejamento Estratégico. Administração Hospitalar. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Desenvolvimento Sustentável.

ABSTRACT

The University Hospital of Brasília (HUB), linked to the University of Brasília (UnB) and managed by the Brazilian Company of Hospital Services (Ebserh) since 2013, is a public institution dedicated to education, research, and healthcare assistance, standing out as a reference in medium and high complexity care. It adopts public management practices based on strategic planning, implemented through the Strategic Master Plan. The 2024–2028 version was developed with extensive participation from managers, workers, students, and institutional partners, in a collaborative process led by the Governance and Strategy Sector. The plan's formulation followed two phases: the first involved strategic direction, which included situational analysis, and the second focused on planning indicators and projects, concentrating on defining performance indicators, goals, and projects aligned with the strategic objectives of the Ebserh Network, based on the Balanced Scorecard. The present article results in the elaboration of the Plan in a participatory manner, which reflects the institution's commitment to continuous improvement in management, healthcare, and higher education, reaffirming the leadership of the HUB as a university hospital focused on excellence, innovation, and networking within the context of the Unified Health System.

Keywords: University Hospitals. Strategic Planning. Hospital Administration. Quality Indicators in Health Care. Unified Health System. Sustainable Development.

RESUMEN

El Hospital Universitario de Brasilia (HUB), vinculado a la Universidad de Brasilia (UnB) y gestionado por la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (Ebserh) desde 2013, es una institución pública de enseñanza, investigación y asistencia en salud, destacándose como referencia en media y alta complejidad. Adopta prácticas de gestión pública basadas en planificación estratégica, con despliegue a través del Plan Director Estratégico. La versión 2024-2028 fue construida con amplia participación de gestores, trabajadores, estudiantes y socios institucionales, en un proceso colaborativo conducido por el Sector de Gobernanza y Estrategia. La elaboración del plan siguió dos fases, siendo la dirección estratégica que involucró el análisis situacional y el segundo momento fue la planificación de indicadores y proyectos, que se centró en la definición de indicadores de rendimiento, metas y proyectos alineados a los objetivos estratégicos de la Red Ebserh, basado en el Balanced Scorecard. El presente artículo tiene como resultado la elaboración del Plan de manera participativa, que traduce el compromiso de la institución con la mejora continua de la gestión, la atención en salud y la formación en nivel superior, reafirmando el protagonismo del HUB como hospital universitario orientado a la excelencia, a la innovación y a la actuación en red en el contexto del Sistema Único de Salud.

Palabras-clave: Hospitales Universitarios. Planificación Estratégica. Administración Hospitalaria. Indicadores de Calidad en Asistencia de Salud. Sistema Único de Salud. Desarrollo Sostenible.

1 INTRODUÇÃO

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) possui como finalidade “a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária”. A Rede Ebserh está presente em 25 unidades da federação e realiza a gestão de 45 hospitais universitários federais¹.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à Universidade de Brasília (UnB), integra a Rede desde 2013, sendo uma instituição pública de ensino, pesquisa e assistência em saúde. Está localizado na Região Central do Plano Piloto e atua como campo de prática para a formação de profissionais da saúde, oferecendo atendimento ambulatorial, hospitalar e de urgência nas mais diversas especialidades. O HUB tem papel estratégico na região do Distrito Federal (DF) por ser referência em serviços de média e alta complexidade, além de desenvolver ações voltadas à gestão hospitalar, inovação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 2014, o HUB segue as boas práticas de gestão pública e elabora o seu planejamento estratégico, que é desdobrado em um documento chamado Plano Diretor Estratégico (PDE). Segundo Ansoff, o planejamento estratégico é um ciclo contínuo que envolve diagnóstico, formulação, implementação, monitoramento e ajuste da estratégia, sendo uma prática essencial à sobrevivência e ao desempenho organizacional em contextos complexos e incertos².

Para os anos de 2024 a 2028, a Rede Ebserh desenvolveu sua estratégia baseada na metodologia *Balanced Scorecard* (BSC), onde um dos principais componentes é o Mapa Estratégico. Kaplan e Nort definem que o mapa estratégico é uma representação visual e lógica da estratégia da organização, trazendo objetivos claros e inter-relacionados que facilitam o alinhamento da organização e a comunicação entre os níveis hierárquicos³.

A elaboração simultânea dos PDE 2024-2028 de toda a Rede Ebserh representa um alinhamento no modo como os hospitais universitários federais concebem seu desenvolvimento institucional. Ao adotar uma matriz metodológica comum, cada unidade

pôde seguir as orientações nacionais sem renunciar às particularidades regionais que permeiam o ensino, a pesquisa e a assistência. Esse arranjo evidencia a busca por um planejamento mais prospectivo, capaz de antecipar demandas assistenciais, incorporar inovações tecnológicas e fortalecer a integração dos hospitais com o SUS, ao mesmo tempo em que os posiciona como centros de excelência na formação de profissionais de saúde e na produção de conhecimento.

Nesse sentido, a Rede Ebserh possui um mapa estratégico (Figura 1) alinhado em propósito, valores, pilares e objetivos estratégicos, sendo de responsabilidade de cada hospital elaborar a sua própria visão de futuro.

Figura 1 - Mapa Estratégico da Rede Ebserh - 2024 a 2028.



Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) [1]

Dessa forma, o HUB-UnB realizou o desdobramento da estratégia conforme o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh (4), sob a condução do Setor de Governança e Estratégia e com a participação de 58 pessoas, entre gestores, colaboradores, docentes, residentes e estudantes.

Apesar da maturidade e avanço institucional, a complexidade de conciliar as diretrizes normativas de uma rede nacional com as demandas assistenciais e acadêmicas locais impõe um desafio: como estruturar um planejamento técnico-normativo e participativo? O

distanciamento entre a alta gestão e as áreas técnicas frequentemente compromete a execução da estratégia em organizações de saúde. Dessa forma, a relevância desse estudo vem pela necessidade de documentar e analisar métodos que promovam o engajamento coletivo em ambientes de alta complexidade do SUS, contribuindo para a sustentabilidade da gestão hospitalar.

O objetivo deste artigo é descrever e analisar o processo colaborativo de elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2024-2028 do HUB-UnB, fundamentado na metodologia BSC. Pretende-se, com isso, oferecer uma contribuição teórica e prática ao campo da gestão em saúde coletiva, demonstrando como o planejamento estratégico e a governança participativa podem fortalecer a identidade e a eficiência dos hospitais universitários no contexto contemporâneo da saúde pública brasileira.

2 OBJETIVO

Este artigo tem por objetivo descrever e analisar o processo de construção participativa do Plano Diretor Estratégico do HUB-UnB para o período de 2024–2028, com foco nas metodologias empregadas, resultados alcançados e implicações para a gestão hospitalar no SUS.

3 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva e analítica, que examina o processo de elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2024–2028 do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O estudo busca descrever as etapas metodológicas do planejamento estratégico institucional e refletir sobre suas contribuições para a gestão hospitalar no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Contexto do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), instituição vinculada à Universidade de Brasília (UnB) e integrante da Rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde 2013. O hospital desempenha funções assistenciais, acadêmicas e de pesquisa, integrando a rede de atenção à saúde do Distrito Federal.

3.3 Período do estudo

O processo de elaboração do Plano Diretor Estratégico analisado neste estudo ocorreu entre **setembro de 2023 e março de 2024**, período no qual foram conduzidas as etapas de

diagnóstico institucional, construção do direcionamento estratégico e definição de indicadores e projetos estratégicos.

3.4 Fonte de dados

As informações analisadas neste estudo foram obtidas a partir de diferentes fontes institucionais, incluindo:

- documentos institucionais de planejamento e relatórios técnicos;
- registros das oficinas participativas realizadas durante o processo de planejamento;
- materiais produzidos nas reuniões estratégicas;
- instrumentos de consulta institucional aplicados a gestores e profissionais do hospital.

Esses materiais foram produzidos no âmbito das atividades do Setor de Governança e Estratégia do hospital, responsável pela coordenação do processo de planejamento estratégico institucional.

3.5 Etapas do processo de planejamento

As atividades duraram cerca de 70 dias e foram divididas em duas fases:

1ª Fase: Direcionamento Estratégico

Denominada de direcionamento estratégico, a 1ª fase foi composta por três etapas: Análise Situacional, Definição da Visão de Futuro e Identificação dos Macroproblemas. Na fase de **Análise Situacional** foram realizados debates específicos para cada um dos temas: análise dos principais avanços e dificuldades dos projetos do Plano Diretor Estratégico 2021-2023; análise dos resultados da avaliação interna do Selo Ebserh de Qualidade; análise dos principais achados da 2ª pesquisa de cultura da segurança do paciente; análise das principais recomendações em relatórios de auditoria; análise crítica do desempenho do contrato com o Sistema Único de Saúde (SUS); análise dos painéis da sala de situação e perfil assistencial; análise dos planos de implantação do Caderno de Processos e Práticas de Regulação Assistencial; análise do Contrato de Objetivos com a Ebserh; análise da pesquisa de satisfação dos usuários e pesquisa de satisfação dos residentes e; análise dos desafios a serem superados pelo hospital frente ao Plano de Negócios da Rede Ebserh.

O GT também lançou uma pesquisa de percepção por meio de um questionário online, com o objetivo de identificar a satisfação dos diversos profissionais do hospital sobre

temáticas voltadas à infraestrutura física, parque tecnológico, disponibilidade de insumos, comunicação, humanização, saúde do trabalhador, cenários de prática, entre outros.

Após as análises, foi elaborado um documento denominado Guia do Participante para ser enviado previamente a todos os participantes das oficinas. Entre os convidados, contamos com representantes de todas as áreas do hospital (superintendência, administração, atenção à saúde, ensino e pesquisa); representantes da reitoria, diretores e discentes de graduação da Faculdades de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde e Faculdade de Ceilândia da UnB, além de residentes médicos e multiprofissionais; representantes do Conselho Consultivo (contando com representações da Secretaria de Saúde do DF, ex-diretor do HUB, usuários do SUS, trabalhadores indicados pelos sindicatos, Comissão de Residência Médica e Comissão de Residência Multiprofissional) e de diferentes níveis hierárquicos (alta gestão, chefias, empregados, servidores).

A primeira oficina realizada foi a de **Definição da Visão de Futuro do HUB**, sendo realizadas previamente entrevistas com a reitora da UnB e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), para levantamento de expectativas quanto à atuação do hospital nos próximos cinco anos, considerando as delimitações do contrato de gestão com a Ebserh e da Contratualização SUS.

Para a realização da Oficina da Visão, foram formados quatro grupos com cerca de nove participantes cada, contando com um facilitador, dispostos em quatro salas equipadas com sistema multimídia, o que permitiu momentos de interação virtual entre todos os participantes, por meio do aplicativo *Microsoft Teams*.

O evento iniciou com a contextualização, apresentação do mapa estratégico da Ebserh e análise das principais expectativas elencadas nas entrevistas realizadas com a Reitora da UnB e a Secretária de Saúde do DF. Logo em seguida, foi apresentada a metodologia, onde para construção da frase, cada participante deveria enviar, por meio de um formulário online, 3 palavras que definissem o que HUB deveria buscar/alcançar nos próximos 5 anos, formando uma nuvem de palavras (Figura 2).

Figura 2

O que o HUB-UnB deve buscar/alcançar nos próximos 5 anos ?

93 responses



Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹

Na nuvem acima notamos uma prevalência nas palavras - humanização, ensino, excelência, tecnologia, inovação, qualidade e pesquisa. As palavras em destaque mostram as necessidades que o HUB precisa alcançar no período de cinco anos, isso visando a qualidade e a proposta a qual a instituição busca alcançar.

Em seguida, cada grupo deveria elaborar uma frase utilizando as palavras que foram citadas mais vezes (excelência, ensino, humanização e tecnologia). Após a elaboração das frases, os grupos se reuniram novamente na sala virtual, onde foi disponibilizado, via *QR Code*, um formulário eletrônico de votação para escolha da frase que melhor representasse a visão de futuro do HUB. Com a votação definida, o coordenador buscou consenso entre os participantes sobre os ajustes de redação necessários na frase vencedora para manter a ideia central, o texto final foi validado e a visão do HUB para os próximos cinco anos foi declarada, sendo:

“Ser hospital de ensino que busca a excelência promovendo a humanização, a inovação e o desenvolvimento tecnológico, com responsabilidade social e atuação em rede”

A segunda oficina realizada foi a de **Identificação dos Macroproblemas**, com o objetivo de definir os grandes desafios que o hospital precisa superar para alcançar as aspirações da visão de futuro. A identificação dos macroproblemas foi realizada durante dois dias, com a participação dos integrantes da Oficina de Definição da Visão de Futuro e demais especialistas das áreas temáticas.

No primeiro dia foram formados três grupos para identificação dos desafios a serem enfrentados pelo HUB em termos de assistência, pesquisa e responsabilidade ambiental, social

e governança. No segundo dia, quatro grupos ajudaram a identificar os problemas nos temas ensino, desenvolvimento institucional, sustentabilidade financeira e desenvolvimento do trabalhador.

Em ambos os dias, o evento foi dividido em quatro etapas: apresentação das informações colhidas na etapa anterior e contextualização acerca da oficina; identificação dos macroproblemas no âmbito do HUB; identificação da causa raiz de cada macroproblema e proposição de soluções de alto nível para cada macroproblema; finalizando com a validação final.

Na metodologia, cada participante nos grupos deveria escrever um macroproblema relacionado a cada tema em discussão. O facilitador auxiliava na fixação e agrupamento dos semelhantes para que cada participante pudesse escolher dois macroproblemas por meio da sinalização com adesivos. O macroproblema com maior número de votos em cada um dos grupos foi enviado ao coordenador e o processo se repetiu até a finalização de todos os temas. Em seguida, com todos os participantes reunidos na sala virtual (aplicativo Teams), foi disponibilizado, via *QR Code*, um formulário eletrônico de votação para escolha do macroproblema mais relevante para cada tema. Os macroproblemas que receberam maior votação foram distribuídos (um para cada grupo), para identificação da causa-raiz, utilizando a técnica dos cinco por quês e a proposição de uma possível solução, considerando o prazo de vigência do PDE. Ao final desta etapa, foram validados, nomeados e apresentados sete macroproblemas e suas respectivas propostas de solução.

2ª Fase: Planejamento de indicadores e projetos

A segunda fase da construção do PDE, denominada **Planejamento de Indicadores e Projetos**, foi composta por 3 etapas: Definição de Indicadores e Metas Locais; Definição de Projetos Locais; e Publicação do PDE. Durante a primeira etapa, o grupo de trabalho realizou reuniões temáticas para construção de indicadores de desempenho capazes de favorecer a resolução dos macroproblemas e o alcance da visão institucional. Em seguida, foram delineados projetos e cronogramas para viabilizar o atingimento das metas anuais de todos os indicadores definidos para cada um dos temas.

O processo é finalizado com todos os materiais sendo compilados em um documento denominado Plano Diretor Estratégico 2024-2028 - Hospital Universitário de Brasília HUB-UnB/Ebserh (5), e aprovado pelo Conselho Executivo. O documento é de acesso público e pode ser consultado no site da instituição em:

3.6 Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações relacionadas ao seu caráter institucional e descritivo. Por se tratar de um relato de experiência baseado em um único hospital universitário, os resultados não podem ser generalizados para todas as instituições hospitalares. Além disso, a análise concentra-se no processo de elaboração do Plano Diretor Estratégico, não incluindo avaliação de seus impactos sobre indicadores assistenciais ou gerenciais, o que poderá ser explorado em estudos futuros.

4 DISCUSSÃO

A experiência de elaboração participativa do Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília evidencia a relevância do planejamento estratégico como instrumento de governança em organizações hospitalares públicas.

Estudos sobre gestão hospitalar no contexto do Sistema Único de Saúde indicam que instituições de saúde caracterizam-se por elevada complexidade organizacional, o que exige mecanismos estruturados de planejamento capazes de integrar diferentes dimensões institucionais, como assistência, ensino e pesquisa^{6,7}.

Nesse sentido, a adoção de metodologias participativas no processo de planejamento estratégico pode contribuir para ampliar o engajamento institucional e fortalecer a legitimidade das decisões organizacionais. A literatura aponta que processos participativos favorecem maior alinhamento entre os diferentes atores envolvidos na gestão e na prestação de serviços de saúde⁸.

Além disso, a utilização da metodologia Balanced Scorecard no planejamento estratégico tem sido amplamente aplicada em organizações de saúde, permitindo traduzir objetivos estratégicos em indicadores e metas mensuráveis, facilitando o monitoramento e a avaliação do desempenho institucional⁹.

A adoção de instrumentos de planejamento estratégico em organizações públicas de saúde tem sido apontada como uma estratégia relevante para aprimorar a governança institucional e fortalecer a capacidade de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos recentes indicam que processos de planejamento estruturado, associados a

mecanismos de avaliação e monitoramento, contribuem para ampliar a transparência na gestão e favorecer a tomada de decisões baseada em evidências¹⁰.

Hospitais universitários, em particular, desempenham papel estratégico na articulação entre assistência, ensino e pesquisa, o que exige instrumentos de gestão capazes de integrar essas diferentes dimensões institucionais. Nesse sentido, o planejamento estratégico pode contribuir para alinhar prioridades organizacionais às diretrizes das políticas públicas de saúde, favorecendo maior coerência entre a gestão institucional e as necessidades do sistema de saúde¹¹. No caso do Hospital Universitário de Brasília, a elaboração do Plano Diretor Estratégico permitiu sistematizar prioridades institucionais e estruturar iniciativas voltadas ao enfrentamento de desafios organizacionais identificados durante o processo participativo.

Entretanto, a literatura também aponta que um dos principais desafios do planejamento estratégico em instituições públicas de saúde está relacionado à sua implementação e ao monitoramento contínuo das estratégias definidas. A existência de planos estratégicos não garante, por si só, mudanças organizacionais efetivas, sendo necessária a criação de mecanismos institucionais de acompanhamento, avaliação e revisão periódica das ações planejadas¹².

Outro aspecto relevante refere-se à integração entre o planejamento institucional e a organização das redes de atenção à saúde. A literatura destaca que a governança das redes assistenciais depende da articulação entre diferentes níveis de gestão e da capacidade das instituições de saúde de alinhar seus processos internos às políticas de regionalização e organização dos serviços. Dessa forma, instrumentos como o Plano Diretor Estratégico podem contribuir para fortalecer o papel dos hospitais universitários na rede de atenção à saúde, promovendo maior coordenação entre assistência especializada, formação de profissionais e produção de conhecimento em saúde¹³.

Nesse contexto, o Plano Diretor Estratégico pode contribuir para fortalecer a governança institucional e orientar a tomada de decisão em diferentes níveis da gestão hospitalar. Entretanto, seu impacto efetivo dependerá da capacidade institucional de implementar as estratégias definidas e de consolidar processos contínuos de monitoramento e avaliação.

5 CONCLUSÃO

O PDE 2024-2028 representa o compromisso da instituição com a adoção de práticas da gestão pública e alinhamento estratégico com as diretrizes da Rede Ebserh. A experiência relatada diferencia-se de práticas tradicionais de planejamento ao substituir modelos verticais por uma arquitetura de governança participativa, capaz de harmonizar diretrizes nacionais com as complexidades da assistência e do ensino locais.

O processo de elaboração prezou por uma metodologia colaborativa e participativa, onde permitiu que todos os envolvidos pudessem avaliar a realidade atual e planejar não apenas ações, mas o cenário que almeja estar nos próximos anos.

O uso de nuvens de palavras permitiu uma definição semântica coletiva da visão institucional, enquanto a realização de oficinas híbridas e o uso de aplicativos de interação em tempo real viabilizaram a participação simultânea e democrática de 58 atores distintos, incluindo desde a alta gestão e reitoria até residentes, estudantes e representantes sindicais. Essa articulação multissetorial garantiu que os macroproblemas identificados e os indicadores pactuados refletissem a realidade técnica e social da ponta dos serviços.

Para além de consolidar diretrizes e metas para o próximo quadriênio, o PDE 2024-2028 torna-se um instrumento de aprendizagem organizacional ao instituir ciclos anuais de avaliação crítica dos indicadores pactuados e dos resultados assistenciais, acadêmicos e econômico-financeiros. Essa retroalimentação sistemática enriquece a governança, permitindo correções de rumo oportunas e a incorporação de inovações tecnológicas ou normativas advindas do SUS e da própria Rede Ebserh, reforçando a ideia de um planejamento estratégico dinâmico e vivo.

O processo participativo empreendido na elaboração do PDE revela-se replicável a outras instituições públicas de saúde que buscam alinhar estratégias corporativas a realidades locais. A experiência demonstra que a combinação de metodologias colaborativas, instrumentos de inteligência de dados e uso do *Balanced Scorecard* potencializa o engajamento dos diversos segmentos institucionais e qualifica a tomada de decisão. Ao compartilhar rotinas, ferramentas e lições aprendidas, o HUB-UnB contribui para fortalecer uma cultura de planejamento estratégico em rede, sem perder de vista a singularidade de cada contexto regional e o imperativo ético de garantir cuidado integral e de qualidade à população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Diário Oficial da União. 2011 dez 16; Seção 1:1.

2. Ansoff HI. *Implanting strategic management*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
3. Kaplan RS, Norton DP. *Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adotam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
4. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). *Guia de desdobramento da estratégia para os hospitais da Rede Ebserh* [Internet]. Brasília (DF): Ebserh; 2023 [citado 2025 jun 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/guia-de-gestao-estrategia>.
5. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). *Plano Diretor Estratégico HUB/UnB 2024–2028* [Internet]. Brasília (DF): Ebserh; 2024 [citado 2025 jun 4]. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb/governanca/plano-diretor-estrategico/pde_2024_2028_v3.pdf
6. Cecílio LCO. *As organizações de saúde e a gestão hospitalar*. São Paulo: Hucitec;
7. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; 2014.
9. Kaplan RS, Norton DP. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston (MA): Harvard Business School Press; 1996.
10. Silva EN, Barreto JOM, Souza NM. Avaliação e governança no Sistema Único de Saúde: desafios para a gestão pública em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(6):2163-2174.
11. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos: avanços, desafios e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):e00224122.
12. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):821-828.
13. Santos L, Giovanella L. Governança e regionalização na organização das redes de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2024;48(140):12-26.

Saúde indígena no planejamento do SUS em Santa Catarina: análise quanti-qualitativa de planos municipais, regionais e estadual de saúde

Indigenous health in SUS planning in Santa Catarina: a quantitative–qualitative analysis of municipal, regional, and state health plans

Salud indígena en la planificación del SUS en Santa Catarina: análisis cuanti-cualitativo de los planes de salud municipales, regionales y estatal

Fernanda Aliano Baldessar¹

Mariana da Costa Schorn²

Marina Gasino Jacobs³

Liliane Kelen Miguel⁴

Stella Lemke⁵

Angela Ross⁶

²Ministério da Saúde

³Ministério da Saúde

⁴Ministério da Saúde

⁵Ministério da Saúde

RESUMO

O estudo buscou identificar a presença de menções e analisar como a população indígena é incorporada nos instrumentos de planejamento do SUS em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa baseada na análise documental e de conteúdo de 19 Planos Municipais de Saúde (PMS) 2022–2025 de municípios com aldeias indígenas, do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024–2027 e de seis Planos Regionais das Macrorregiões (PRMS) onde vivem povos indígenas aldeados. Foram buscados termos relacionados à temática indígena, categorizadas as formas de menção e avaliada a coerência entre a Análise de Situação de Saúde (ASIS) e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Oito PMS, cinco PRMS e o PES apresentaram referências à população indígena, agrupadas em categorias como acesso ao cuidado integral com equidade, situação epidemiológica e situação sociodemográfica. As menções foram pontuais e predominantemente genéricas, com pouca consideração às especificidades culturais, sociais e territoriais dos povos indígenas. Identificaram-se lacunas no uso de dados epidemiológicos e demográficos desagregados, além de frágil articulação entre ASIS e DOMI. Apenas uma menção à participação indígena nos processos de planejamento foi encontrada. Conclui-se que, na maioria dos casos, os instrumentos analisados não contemplam adequadamente as especificidades dos povos indígenas aldeados nem as adaptações necessárias para garantir atenção integral e equânime a essa população, reforçando a necessidade de que sejam identificadas desigualdades, reconhecidas vulnerabilizações produzidas socialmente e orientadas políticas coerentes com os princípios de equidade e universalidade do SUS.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Planejamento em Saúde. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the presence of references and analyze how the Indigenous population is incorporated into SUS planning instruments in Santa Catarina. It is a quantitative–qualitative study based on document and content analysis of 19 Municipal Health Plans (MHPs) 2022–2025 from municipalities with Indigenous villages, the State Health Plan (SHP) 2024–2027, and six Regional Plans (RHPs) from macro-regions where village-based Indigenous peoples live. Terms related to Indigenous issues were searched, mentions were categorized, and coherence was assessed between the Health Situation Analysis (ASIS) and the Guidelines, Objectives, Goals, and Indicators (DOMI). Eight MHPs, five RHPs, and the SHP included references to the Indigenous population, grouped into access to comprehensive and equitable care, epidemiological situation, and sociodemographic situation. The mentions were occasional and mostly generic, with limited consideration of the cultural, social, and territorial specificities of Indigenous peoples. Gaps were identified in the use of disaggregated epidemiological and demographic data, and the articulation between ASIS and DOMI was weak. Only one reference to Indigenous participation in planning processes was found. Overall, the analyzed instruments do not adequately address the specificities of village-based Indigenous peoples or the adaptations necessary to ensure comprehensive and equitable care, highlighting the need to identify inequalities, recognize socially produced vulnerabilities, and guide policies consistent with SUS principles of equity and universality.

Keywords: Indigenous Health. Health Planning. Health Equity.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar la presencia de menciones y analizar cómo la población indígena es incorporada en los instrumentos de planificación del SUS en Santa Catarina. Se trata de una investigación cuanti-cualitativa basada en el análisis documental y de contenido de 19 Planes Municipales de Salud (PMS) 2022–2025 de municipios con aldeas indígenas, del Plan Estatal de Salud (PES) 2024–2027 y de seis Planes Regionales (PRMS) de macrorregiones donde habitan pueblos indígenas aldeados. Se buscaron términos relacionados con la temática indígena, se categorizó la forma de las menciones y se evaluó la coherencia entre el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y las Directrices, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Ocho PMS, cinco PRMS y el PES incluyeron referencias a la población indígena, agrupadas en acceso a la atención integral con equidad, situación epidemiológica y situación sociodemográfica. Las menciones fueron puntuales y mayoritariamente genéricas, con escasa consideración de las especificidades culturales, sociales y territoriales de los pueblos indígenas. Se identificaron vacíos en el uso de datos epidemiológicos y demográficos desagregados, así como una débil articulación entre ASIS y DOMI. Solo se encontró una mención a la participación indígena en los procesos de planificación. En conjunto, los instrumentos analizados no contemplan adecuadamente las especificidades de los pueblos indígenas aldeados ni las adaptaciones necesarias para garantizar atención integral y equitativa, lo que evidencia la necesidad de identificar desigualdades, reconocer vulnerabilidades socialmente producidas y orientar políticas coherentes con los principios de equidad y universalidad del SUS.

Palabras-clave: Salud indígena. Planificación en salud. Equidad en salud.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 garante a saúde como direito de todos, sendo responsabilidade do Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. Considerando as especificidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas dos povos indígenas aldeados, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), componente do SUS, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a qual visa garantir o acesso integral à saúde.

O SasiSUS atua com atenção diferenciada em contextos interculturais, respeitando as práticas de cada povo. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que contam com uma rede hierarquizada de serviços para a atenção primária dentro das terras indígenas. O sistema é gerido pelo governo federal e busca ações adaptadas às realidades locais nas terras indígenas, garantindo a referência para o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou município ².

Sendo o SasiSUS responsável pela atenção primária nas aldeias, os municípios atuam como porta de entrada para o SUS como um todo, intermediando o acesso à atenção especializada. Assim, a gestão municipal do SUS tem papel fundamental na atenção adequada aos seus munícipes indígenas, inclusive os aldeados.

Em Santa Catarina, o último Censo Demográfico registrou 21.773 habitantes indígenas ³. De acordo com a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde ⁴, em junho de 2025 eram 12.544 indígenas aldeados no estado. Essa população está distribuída em seis das oito Macrorregiões de Saúde do Estado. Ao todo, 19 municípios possuem aldeias indígenas em seus territórios (quadro 1), sendo 60 aldeias em 23 terras indígenas ⁴. A estrutura de atendimento à população indígena aldeada em Santa Catarina está organizada em 6 polos base, 15 unidades básicas de saúde indígena (UBSI) e uma unidade móvel odontológica, vinculadas ao Distrito Sanitário Indígena - Interior Sul ⁵.

Quadro 1 – Distribuição da população indígena aldeada no território catarinense, junho de 2025.

Macrorregião de saúde	Município	Nº de aldeias por município^a	Nº de habitantes indígenas aldeados^a	Nº de habitantes no município^b
Grande Oeste	Abelardo Luz	01	359	17.392
	Entre Rios	05	1408	3.402
	Iguaçu	12	4893	7.501
	Chapecó	03	1537	254.785
Meio Oeste	Seara	01	82	18.620
Planalto Norte e Nordeste	Mafra	01	82	55.286
	Porto União	01	9	32.970
	Araquari	09	393	45.283
	Barra do Sul	01	79	14.912
	Garuva	01	39	18.545
	Joinville	01	17	616.317
	São Francisco do Sul	02	201	52.674
Vale do Itajaí	José Boiteux	07	1829	5.985
	Vitor Meireles	02	528	5.693
Grande Florianópolis	Canelinha	01	34	12.821
	Major Gercino	01	138	3.214
	Palhoça	05	343	222.598
	Biguaçu	05	364	76.773
Sul	Imaruí	01	209	11.881

Fonte: aSESAI, 2025 e bCenso IBGE, 2022.

À luz das responsabilidades atribuídas às diferentes esferas do SUS, torna-se essencial compreender como o planejamento em saúde incorpora as necessidades específicas desses povos.

No SUS, o planejamento é ascendente e uma atribuição da gestão. Os Planos de Saúde são instrumentos de planejamento elaborados pela gestão correspondente, a qual deve considerar neste processo as diretrizes para a gestão da saúde elaboradas pelo Conselho

Municipal de Saúde. Os Planos têm como base a análise da situação de saúde, identificando problemas prioritários e estabelecendo diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos ⁶, contemplando grupos vulneráveis, como as populações indígenas.

No âmbito da regionalização, o Planejamento Regional Integrado (PRI) constitui um processo de articulação entre os três entes federados, voltado à pactuação regional de ações e serviços de saúde, visando à organização integrada da rede de atenção no território ⁷.

Nesse sentido, o processo de planejamento tem como finalidade orientar a implantação, o monitoramento e a avaliação contínua das ações de saúde nos três níveis de gestão, garantindo o atendimento aos princípios do SUS ⁶. Entre os princípios, destaca-se a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” ⁸. Assim, para a garantia de cuidado à saúde da população indígena, é fundamental que sejam reconhecidas as suas diferenças e necessidades específicas.

Ante o exposto, o objeto do estudo foi identificar a presença de menção às populações indígenas e categorizar essas menções nos planos municipais, macrorregionais e estadual de saúde em Santa Catarina.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de análise documental, realizada a partir da técnica de análise de conteúdo ⁹. As fontes primárias foram: os 19 planos municipais de saúde do ciclo 2022-2025 dos municípios catarinenses com aldeias indígenas, o Plano Estadual de Saúde (PES) de Santa Catarina do ciclo 2024-2027, e os seis Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde (PRMS) que abrangem territórios com aldeias indígenas. Os PMS e o PES foram obtidos no sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), plataforma oficial destinada ao registro, acompanhamento e gestão dos instrumentos de planejamento em saúde ¹⁰. Os PRMS foram acessados no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Todos os documentos foram acessados em junho de 2025.

Procedeu-se a leitura integral dos documentos. Essa análise buscou menções à população indígena, considerando-se os termos-chave: indígena(s), parda(s), pardo(s), aldeia(s), raça(s), etnia, aldeado(s), aldeada(s), Portaria GM/MS nº 254/2002.

A análise de conteúdo seguiu o seguinte percurso metodológico: 1) realização de pré-análise, com leitura dos trechos encontrados e elaboração das categorias analíticas; 2) exploração do material, por meio da leitura dos planos e sistematização das menções por

categorias analíticas e seleção de trechos que serviriam à construção analítica; 3) tratamento dos dados, pela construção da análise descritiva e reflexiva acerca dos achados ⁹.

Para a construção da análise descritiva e reflexiva, considerou-se os aspectos abordados, reunindo-os em categorias analíticas, o que possibilitou a análise dos conjuntos de menções. Observou-se as seções dos planos em que a população indígena foi mencionada e a relação entre o conteúdo da ASIS e as DOMI referentes a esse grupo populacional.

Devido à exclusiva utilização de dados públicos e abertos, este estudo prescinde de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução CNS nº 674 de 2022 ¹¹.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve menção específica à população indígena em oito dos 19 PMS de municípios com aldeias: Chapecó, Entre Rios, Garuva, Palhoça, Major Gercino, José Boiteux, Ipuacu, Araquari. Menções também estão presentes no PES e em cinco dos seis PRMS de Macrorregiões com aldeias.

As categorias analíticas utilizadas foram: “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade”, “Situação epidemiológica” e “Situação sociodemográfica”.

O “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade” esteve presente em sete dos 19 PMS e no PES; pontos referentes à “Situação epidemiológica” dos indígenas do território foram objeto em três PMS e no PES; e questões relativas à “Situação sociodemográfica” foram elencadas em quatro PMS, no PES e em cinco PRMS das macrorregiões com população indígena aldeada.

Com relação às seções dos planos em que as menções aparecem, observou-se que todos os oito PMS com menção à população indígena tinham alguma diretriz, objetivo ou meta tratando do grupo, ainda que apenas seis deles tenham feito alguma menção à população indígena na ASIS. Ressalva-se que as menções na ASIS não abordaram necessariamente os problemas posteriormente tratados no DOMI. No PES as menções estão em ASIS e DOMI e nos PRMS apenas na ASIS.

As menções à população indígena nos planos são pontuais e há pouca interrelação entre o conteúdo apresentado nas ASIS e o que é apresentado no DOMI. Em análise qualitativa de uma amostra de PMS 2022-2025 do mesmo estado ¹², também foi identificada essa cisão nos planos, indicando a falta de ASIS realmente analíticas ou reflexivas que, assim, subsidiem de forma consistente a elaboração das DOMI.

As menções categorizadas como “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade” enfatizavam sobretudo os princípios que regem o SUS. Os planos de saúde analisados

referiram a garantia de acesso ao cuidado integral e equânime majoritariamente de forma genérica. Mesmo nos PMS que apresentavam menções, essas diziam pouco sobre o contexto real vivido nos territórios, não houve alusão a práticas culturais indígenas ou a barreiras linguísticas. Ainda assim, a importância de se reconhecer as particularidades culturais, sociais, geográficas e históricas de cada povo indígena foi assinalada em mais de um plano de saúde. A importância, assim, é reconhecida, mas tais particularidades não são explicitadas. Essas menções amplas podem ser exemplificadas por meta apresentada no PMS de Major Gercino:

Implantar e promover equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade, com adição de mecanismos gerenciais e de planejamento, com ênfase para a população negra e LGBT, ciganos e população indígena; promover saúde integral nessa população, priorizando a redução de discriminação e das desigualdades étnico-raciais nas instituições e serviços de saúde municipais e do SUS

Ainda considerando o cuidado, o PMS de Palhoça traz em sua ASIS as propostas da Conferência Municipal de Saúde, nas quais se menciona “Ampliar a capacitação dos profissionais por meio da educação continuada, focando na acessibilidade e ao atendimento integral às minorias”, citando, em seguida, a “saúde da população indígena” entre essas minorias, ainda que não haja especificação sobre qual a necessidade de capacitação.

A integralidade é expressa a partir de apresentações de fluxos de usuários para além da atenção primária, como no PMS de Chapecó: “A população indígena é, também, referenciada para outros pontos de assistência especializada na rede no SUS, visando garantir a integralidade do cuidado”.

Considerando essa rede, vale indicar que, entre os 19 municípios catarinenses com população indígena, 11 são municípios com menos de 20.000 habitantes. Os municípios de menor porte populacional têm, em geral, maior necessidade de contratualização de serviços de média e alta complexidade em outros municípios ¹³. Neste sentido, a regionalização concebe a rede de saúde em sua realidade regional, visando a superação das necessidades que não chegam a ser atendidas integralmente pelo ente municipal, mas que são consideradas por este e pelo ente estadual em um processo de planejamento integrado ¹⁴. Sendo assim, a regionalização do sistema de saúde é um meio para obter acesso equitativo aos recursos necessários para a implementação da atenção à saúde ^{15,16}. O espaço de interlocução e pactuação entre gestores municipais e estadual é a região de saúde e a macrorregião, e o PRMS materializa esse entendimento comum a respeito da condução das políticas de saúde da região. Daí a necessidade de se realizar um Planejamento Regional Integrado que seja condizente e responsivo às questões de saúde de sua população e território.

Analizando os PRMS de macrorregiões com população indígena aldeada em seus territórios, contudo, não há menção específica de promoção de acesso integral e equitativo dessa população. Identificou-se, de forma mais ampla, em todos os PRMS um macroproblema que aponta para iniquidades de acesso e uma diretriz e um objetivo que abordam “pessoas em situação de vulnerabilidade”. Ainda que certamente a população indígena seja em grupo vulnerabilizado, a redação ampla não indica um olhar estratégico da gestão das macrorregiões para esse grupo específico.

Considerando a relevância de ter dados precisos para a formulação da política de saúde, na categoria “Situação epidemiológica” destaca-se que foi levantado no PES e em dois PMS a necessidade de ter informações específicas sobre a população indígena. No PES é apontada dificuldade de cadastramento da população indígena na Atenção Primária à Saúde de municípios, bem como de contabilização da produção assistencial, e até mesmo vazios referentes a outros sistemas do Ministério da Saúde, o que dificultaria o processo de planejamento.

As informações relacionadas à saúde indígena da população aldeada são oriundas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O SIASI é um sistema de informações para registro e processamento de dados demográficos e de saúde desta população, sendo uma ferramenta crucial para o SasiSUS. Ele visa fornecer informações para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde, contemplando a diversidade cultural e as especificidades dos povos indígenas, promovendo o direito a uma saúde integral e diferenciada ².

No PMS de Palhoça foi incluído como meta: “Estabelecer uma ferramenta de monitoramento de informações voltada para a população indígena do município” também remetendo à necessidade de ter dados consolidados sobre a população, e indicando certo esvaziamento de informações. Ainda no mesmo sentido, o município de Araquari incluiu entre suas metas: “Garantir que 95% das notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor esteja preenchido com a informação válida (PQAVS)”.

Para além da preocupação com a coleta e a qualidade das informações de saúde da população indígena, a violência interpessoal foi também objeto de detalhamento na categoria “Situação epidemiológica” no PES, que apresenta o montante de violência extrafamiliar/comunitária, explicitando que inclui indígenas, ainda que não apresente o dado estratificado referente ao grupo.

O município de Ipuacu, onde a população indígena aldeada representa 65% da população total do município, pontuou a alta incidência de gravidez em adolescentes,

especialmente indígenas. Este fato pode ser explicado pela associação entre violência, uniões precoces e desigualdades que incidem de forma desproporcional sobre meninas indígenas ¹⁷. Essa questão, bem como outros detalhes desse grupo vulnerabilizado, além da condução do acompanhamento das gestantes são fatores a serem analisados e pontuados na ASIS para melhor construção de DOMI que atendam a saúde da menina indígena.

A gravidez na adolescência é significativamente mais comum entre jovens indígenas no Brasil, que enfrentam menos acesso a cuidados pré-natais e são mais afetadas por questões culturais, violência sexual e abandono escolar. Ademais, o risco aumentado da gravidez na adolescência exige abordagens de saúde que respeitem a diversidade cultural indígena e combatam a violência ¹⁷. Para além das especificidades do cuidado às adolescentes, ressalta-se a necessidade de adequação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal de referência de comunidades tradicionais para realizar adaptações culturais, como referentes a dieta e ao destino da placenta, com atenção a possíveis situações de violência obstétrica ¹⁸.

Ainda quanto ao perfil epidemiológico, o PMS de Ipuacu citou o alcoolismo, especialmente em indígenas, mencionando-o como relacionado ao contexto social, e à interação com o restante da sociedade não-indígena. O município previu em DOMI direcionamentos da política de saúde objetivando o cuidado especializado a esta população, em articulação com o atendimento ofertado no distrito sanitário indígena.

Esse contexto social, mencionado no PMS de Ipuacu, já aponta para a categoria seguinte: “Situação sociodemográfica”. Nessa, contudo, foram apresentados majoritariamente dados demográficos, seja simplesmente mencionando a população indígena entre seus habitantes (caso de Araquari) ou detalhando os montantes populacionais, como nos PRMS do Planalto Norte e Nordeste, Meio Oeste, e Grande Florianópolis, que apresentam sua população por raça/cor. Já o município de Entre Rios indica também etnias que compõem a população do município: Guarani e Kaingang. No mesmo sentido, no PRMS do Vale do Itajaí é detalhada a distribuição da população indígena aldeada na região por etnia. Todos esses pontos são também trazidos no PES, que ainda menciona o total de terras indígenas, sua localização, e o quantitativo de população aldeada, comparando-o aos dados do Censo de 2010. A população por raça /cor e os territórios indígenas também são apresentados no PRMS do Grande Oeste.

O município de Ipuacu detalha em sua ASIS: "Ipuacu possui 21 comunidades localizadas na linha rural, sendo 08 localizadas dentro da Reserva Indígena Xapecó; e 14 localizadas fora da reserva indígena.", mas amplia a análise e indica a "Falta de renda familiar especialmente na reserva indígena", bem como aponta a Associação Indígena entre as

organizações sociais do município. Por sua vez, Major Gercino elenca uma escola indígena entre suas instituições de ensino.

Ainda que os aspectos demográficos gerais sejam essenciais para a construção de estratégias de ação no planejamento em saúde, é necessário que sejam conhecidos mais elementos do contexto de vida das pessoas e discutidos como se entrelaçam às condições de saúde para subsidiar tais estratégias.

Partindo do conceito ampliado de saúde — que compreende a saúde como resultado das condições socioambientais, econômicas, culturais e de acesso ao lazer ¹⁹ —, compreende-se que a saúde ultrapassa o bem-estar físico e mental, abrangendo também as práticas sociais. No caso dos povos indígenas, a relação com o território e a preservação de sua cultura têm impacto direto e significativo em suas condições de saúde. Assim, saúde é considerada um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que atuam sobre condições de vida e de acesso a serviços de qualidade ¹.

A interação da natureza biológica, social, econômica, política e cultural ampliam ou reduzem o risco ou a proteção do indivíduo frente a uma determinada doença, risco ou dano ²⁰. Nesse sentido, Garrafa e Porto ²¹ entendem a vulnerabilidade como produto de contextos sociais desiguais, logo, a vulnerabilização é produzida socialmente quando pessoas são sistematicamente colocadas em situações de risco, exclusão ou exploração.

A população indígena está em situação de vulnerabilidade pela diferença cultural, social e de valores que incidem em suas possibilidades de vida e de saúde ². Palma e Mattos ²² consideram que existe vulnerabilidade quando ocorre entre outras situações: perigo, falta de acesso a serviços e/ou informações e falta de autoconfiança. Em função do reconhecimento do efeito externo que produz a vulnerabilização, se faz essencial a discussão do contexto de vida dessas pessoas, ao serem criadas estratégias para a melhoria da situação de saúde em determinada localidade.

Recursos como a apresentação do conjunto de dados da ASIS de forma desagregada, ou seja, com o detalhamento do dado com relação a gênero, raça/cor, renda, faixa etária etc., bem como a discussão de índices compostos, que relacionam diferentes dados, são apontados como favorecedores de uma abordagem mais sensíveis às questões de saúde das populações vulnerabilizadas ²³. A percepção das características particulares no tocante à saúde de grupos populacionais favorece que seja dirigida atenção especial às populações em situação de vulnerabilidade.

Ponderando-se sobre a necessidade de se ampliar o debate sobre as questões de saúde do território, tem-se que a falta de participação de pessoas heterogêneas na elaboração dos

planos de saúde repercute na fragilização da abordagem intersetorial dos dados, das informações e das proposições do plano de saúde. A presente análise não encontrou informações acerca da participação de pessoas indígenas na elaboração dos planos, exceto por uma menção no PMS de Palhoça a uma diretriz proposta em Conferência Municipal de Saúde acerca da saúde indígena. Esse registro sugere a possível participação de pessoas indígenas na Conferência ou, ao menos, de participantes sensibilizados para as questões de saúde dessa população neste importante espaço do controle social do SUS. A participação de representantes de diversos grupos sociais é de grande relevância no processo de elaboração dos planos de saúde. Shimizu *et al.*²⁴ defendem a participação do controle social na construção do SUS regional, corroborando com o princípio da participação social no SUS. Os autores asseveraram sobre a importância de seu conhecimento e vivência do SUS a partir da experiência enquanto usuários, o que o tornaria indispensável à apreensão crítica de suas questões.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que tenha êxito no cumprimento de sua função de ser retaguarda e referência ao SasiSUS, é primordial que a estrutura e a organização do SUS considerem as características e necessidades de saúde dos povos indígenas aldeados. Conclui-se que os instrumentos de planejamento em saúde devem incluir estratégias específicas voltadas para a população indígena, especialmente nos territórios onde há presença de aldeias indígenas, promovendo, assim, uma atenção integral e condizente com os princípios da equidade e universalidade do SUS.

Os dados obtidos nos planos analisados sugerem um possível vazio no cuidado e na promoção da atenção integral a essa população. O planejamento orienta as políticas públicas, a alocação de recursos e a definição de prioridades. Logo, a ausência de menção à população indígena nos planos, dificulta o reconhecimento de suas necessidades e compromete a eficiência e a equidade das ações de saúde.

O início do processo de planejamento ocorre pelo levantamento de dados populacionais e de saúde, e pela explicação desses dados a partir de seu contexto. Com a construção deste conhecimento sobre a situação de saúde, a ser discutida com a própria população, torna-se possível projetar uma atenção que respeite as diferenças e que as considere na tríade saúde-doença-atenção.

O planejamento pode e deve incluir a alteridade, como um gesto de moldar a sociedade – que é de todos - às particularidades de todos os grupos sociais. A apreensão

cuidadosa de modos de viver, permite que seja forjado diálogo entre diferentes formas de estar no mundo e de produzir seu cuidado. A partir dele, a ação intencionalmente programada favorecedora de tais modos de vida e de cuidado pode ser viável.

A vulnerabilidade não é intrínseca ao indivíduo ou ao grupo. Desta forma, admite-se que existem modos de a sociedade se organizar – incluído o setor saúde – que vão dirimir ou extinguir a vulnerabilidade destes indivíduos ou grupos. A acessibilidade é ponto chave para se pensar nas formas possíveis de a sociedade se modelar para incluir todos. Essa forma de conceber a inclusão social outorga a todos a incumbência de tornar viável a convivência, ao passo que respeita e valoriza as diferenças.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; 2002. 40 p.
3. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. População Indígena – SESAI (painel de informações) [Internet]. 2025. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2025. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=00394544004687&VEstado=42&VNome=DISTRITO%20SANITARIO%20ESPECIAL%20INTERIOR%20SUL%20DES%20/%20ISUL
6. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no SUS. 2017.
8. Brasil. Presidência da República. Lei 8080 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. 1990.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1979.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. DigiSUS gestor: módulo planejamento: manual do usuário. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. 90 p.
11. Brasil. Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Diário Oficial da União 09 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2022/resolucao-no-674.pdf>.

12. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa. *Análise de Planos Municipais de Saúde (2022–2025): relatório*. Florianópolis: Ministério da Saúde; 2025.
13. Silva JFM da, Carvalho BG, Domingos CM. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*. outubro de 2018;23(10):3179–88.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS; 2011.
15. Mello G, Demarzo M, Viana ALA. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2019;26(4):1139–50.
16. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Massiolos E. Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2023;19:e10042.
17. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (CIDACS/FIOCRUZ Bahia); Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. *Sem deixar ninguém para trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência*. Salvador: UNFPA; CIDACS/Fiocruz; ISC/UFBA; 2023.
18. Cinello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. *Dossiê da violência obstétrica: “Parirás com dor”*. Brasília, DF: Senado Federal; 2012.
19. 8a Conferência Nacional de Saúde (Anais). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. 430 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Bioética*. 2003;11(1).
22. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2001;8(3):565–78.
23. Quevedo ALA, Bagatini CLT, Bellini MIB, Machado RZ, Guaranha C. Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(3):823–42.
24. Shimizu HE, Carvalho ALB de, Brêtas Júnior N, Capucci RR. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26:3385–96.

Fatores inibidores e facilitadores da aceitação e uso da telemedicina: uma revisão sistemática da literatura

Inhibiting and facilitating factors for the acceptance and use of telemedicine: a systematic literature review

Factores inhibidores y facilitadores para la aceptación y el uso de la telemedicina: una revisión sistemática de la literatura

Mateus de Sousa Martins¹

Bento Alves da Costa Filho²

Maria Fátima de Sousa³

Ana Valéria Machado Mendonça⁴

Natália Fernandes de Andrade⁵

Silvia Régia Vieira de Freitas Filha⁶

Nágila Rodrigues Paiva⁷

Luana Dias da Costa⁸

Josivania Silva Farias⁹

¹Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, AGSUS

²Colegio Brasileiro de Executivos de Saúde, CBEX

³Universidade de Brasília, UnB

⁴Universidade de Brasília, UnB

⁵Universidade de Brasília, UnB

⁶Universidade de Brasília, UnB

⁷Ministério da Saúde, MS

⁸Universidade de Brasília, UnB

⁹Universidade de Brasília, UnB

RESUMO

A telemedicina, enquanto componente da saúde digital, tem se mostrado essencial para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Contudo, sua adoção depende tanto de fatores que a facilitadores quanto inibidores de sua aceitação e uso por pacientes e profissionais. **Objetivos:** O estudo buscou mapear os fatores inibidores e facilitadores da aceitação e uso da telemedicina, classificando-os em sete categorias: econômica, ambiental, ética, legal e regulatória, organizacional, social e tecnológica. **Método:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, seguindo o protocolo PRISMA. Foram pesquisados artigos publicados entre 2020 e 2025 nas bases PubMed e Web of Science, utilizando critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Dos 611 registros inicialmente identificados, 55 artigos foram selecionados para análise qualitativa. **Resultados:** Os achados mostraram que fatores como altos custos de implementação, falta de infraestrutura legal, baixa literacia digital e riscos à privacidade atuam como inibidores do uso e aceitação. Já a conveniência, o suporte organizacional, a experiência prévia com tecnologias e a pressão da pandemia de COVID-19 se destacaram como facilitadores. **Conclusão:** O estudo contribui ao sistematizar barreiras e

facilitadores da telemedicina, oferecendo subsídios para pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas superarem entraves, potencializando o uso seguro e eficaz da saúde digital.

Palavras-chave: Telemedicina. Aceitação. Inibidores. Facilitadores. Saúde digital.

ABSTRACT

Telemedicine, as a component of digital health, has proven to be essential to expand access to health services. However, its adoption depends on both facilitating and inhibiting factors of its acceptance and use by patients and professionals. **Objectives:** The study sought to map the inhibiting and facilitating factors of the acceptance and use of telemedicine, classifying them into seven categories: economic, environmental, ethical, legal and regulatory, organizational, social and technological. **Method:** A systematic review of the literature was carried out, following the PRISMA protocol. Articles published between 2020 and 2025 in the PubMed and Web of Science databases were searched, using pre-defined inclusion and exclusion criteria. Of the 611 records initially identified, 55 articles were selected for qualitative analysis. **Results:** The findings showed that factors such as high implementation costs, lack of legal infrastructure, low digital literacy, and privacy risks act as inhibitors to use and acceptance. Convenience, organizational support, previous experience with technologies, and the pressure of the COVID-19 pandemic stood out as enablers. **Conclusion:** The study contributes by systematizing barriers and facilitators of telemedicine, offering subsidies for researchers, professionals, and policymakers to overcome obstacles, enhancing the safe and effective use of digital health.

Keywords: Telemedicine. Acceptance. Inhibitors. Facilitators. Digital health.

RESUMEN

La telemedicina, como componente de la salud digital, ha demostrado ser esencial para ampliar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, su adopción depende tanto de factores facilitadores como inhibidores de su aceptación y uso por parte de pacientes y profesionales. **Objetivos:** El estudio buscó mapear los factores inhibidores y facilitadores de la aceptación y uso de la telemedicina, clasificándolos en siete categorías: económicos, ambientales, éticos, legales y regulatorios, organizacionales, sociales y tecnológicos. **Método:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo el protocolo PRISMA. Se realizaron búsquedas en artículos publicados entre 2020 y 2025 en las bases de datos PubMed y Web of Science, utilizando criterios de inclusión y exclusión predefinidos. De los 611 registros identificados inicialmente, se seleccionaron 55 artículos para el análisis cualitativo. **Resultados:** Los hallazgos mostraron que factores como los altos costos de implementación, la falta de infraestructura legal, la baja alfabetización digital y los riesgos de privacidad actúan como inhibidores del uso y la aceptación. La conveniencia, el apoyo organizacional, la experiencia previa con las tecnologías y la presión de la pandemia de COVID-19 se destacaron como facilitadores. **Conclusión:** El estudio contribuye sistematizando barreras y facilitadores de la telemedicina, ofreciendo subsidios para investigadores, profesionales y formuladores de políticas para superar obstáculos, mejorando el uso seguro y efectivo de la salud digital.

Palabras clave: Telemedicina. Aceptación. Inhibidores. Facilitadores. Salud digital.

1 INTRODUÇÃO

A saúde digital, é o campo de conhecimento e prática associado ao desenvolvimento uso de tecnologias digitais para melhorar a saúde¹. Nesse contexto, a telemedicina, entendida como o uso de tecnologias de informação e comunicação para fins de saúde¹, tem sido uma opção viável para auxiliar os usuários dos sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente no enfrentamento um dos desafios coletivos mais difíceis das últimas décadas: a pandemia de COVID-19. Compreender a forma como as pessoas adotam e usam as tecnologias relacionadas à telemedicina pode ser uma forma de aumentar o acesso da população, especialmente aquelas que vivem em áreas menos favorecidas, onde os sistemas de transporte geralmente são deficientes²⁻⁵. Além disso, a telemedicina é uma alternativa para otimizar o uso de preciosos e escassos recursos médicos disponíveis nas unidades de saúde, multiplicando as possibilidades de utilização por aqueles que deles necessitam e, consequentemente, reduzindo os custos associados à prestação de serviços de saúde⁶⁻⁸.

A aceitação e o uso da telemedicina por pacientes e profissionais de saúde é essencial para que haja sucesso em sua implementação nos sistemas de saúde. O uso de soluções tecnológicas voltadas para a telemedicina⁹, como a teleconsulta, telerreabilitação, teleinterconsulta, telematriciamento, telecirurgia, telemonitoramento, telediagnóstico, teleorientação e teletriagem, podem ser incentivados por meio de facilitadores, mas também podem ser dificultados por inibidores. Identificar esses inibidores pode auxiliar a superar as barreiras para a aceitação e uso da telemedicina, ao mesmo tempo em que mapear os facilitadores pode auxiliar a acelerar este processo. Uma boa infraestrutura de internet pode ser um facilitador, mas a falta de acesso à internet é um inibidor de uso tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde¹⁰⁻¹⁴.

Para sistematizar a classificação desse fatores, o estudo de Chauhan et al.¹⁵ oferece uma lógica de agrupamento em 7 categorias: 1 – econômica (acessibilidade dos serviços de internet, escassez de recursos financeiros), 2 – ambiental (risco de contrair doenças, como a COVID-19), 3 – ética (vazamento de informações privadas, falta de privacidade), 4 – legal e regulatória (ausência de estrutura legal), 5 – organizacional (soluções de pagamento, assistência ao usuário), 6 – social (conveniência, demografia, atitudes, intenção de uso) e 7 – tecnológica (design, acesso, conectividade e infraestrutura).

Tendo em vista esse contexto, este estudo tem como objetivo geral: Desenvolver uma estrutura com a classificação dos facilitadores e inibidores da telemedicina apresentados na literatura. Para atingir esse objetivo estabelecem-se os seguintes objetivos específicos: (1)

Mapear inibidores e facilitadores do uso e aceitação de tecnologias relacionadas à telemedicina; e (2) Classificar os facilitadores e inibidores conforme as categorias: econômica, ambiental, ética, legal e regulatória, organizacional, social e tecnológica.

Para atingir esses objetivos, foi realizada uma revisão da literatura, tendo como suporte norteador o protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)¹⁶, composto por três fases principais: identificação, triagem e seleção.

2 MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de investigar a produção científica sobre a aceitação e uso da telemedicina. Para tanto, foi utilizado o protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis – PRISMA¹⁶, observando-se o checklist de 27 itens para desenvolver esse método. Suas três fases de aplicação também foram observadas: identificação, triagem e seleção.

A pesquisa foi realizada em agosto de 2025, nas seções de ciências sociais, saúde e tecnologia das bases de dados: Web of Science e PubMed. Esses bancos de dados foram selecionados devido à estreita conexão de suas publicações relacionadas a saúde e a tecnologia. De acordo com os objetivos da pesquisa, foram definidas as palavras-chave para a busca nessas bases de dados. Os seguintes parâmetros de busca foram utilizados: Telemedicine AND (ICT OR Technology) AND (Adoption OR Acceptance) AND (Facilitators OR Boosters) AND (Inhibitors OR Barriers).

Um total de 611 artigos foram recuperados nessa fase inicial, sendo 470 desses registros da base PubMed e 141 da Web of Science. O software Mendeley foi utilizado como ferramenta para recuperar, armazenar e organizar os arquivos e resultados do trabalho.

Os critérios de inclusão e exclusão dos registros também foram definidos para selecionar os artigos para a análise, conforme indicado pelo protocolo PRISMA. Esses critérios foram relacionados na tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1	Registros de artigos publicados nos últimos 5 anos (2020-2025).	Registros de artigos publicados antes de 2020.
2	Registros de artigos não duplicados.	Registros de artigos duplicados (excluídos automaticamente pelo Mendeley).
3	Registros de artigos que tratam de telemedicina ou variante de assistência médica remota.	Registros de artigos que não tratam de telemedicina ou variante de assistência médica remota.
4	Registros que são artigos científicos.	Registros que são dissertações, resumos de conferências, e capítulos de livro.

5	Registros de artigos que não são revisões de literatura.	Registros de artigos de revisões de literatura.
6	Artigos que puderam ter seu texto recuperado para análise.	Artigos que não puderam ter seu texto recuperado para análise.
7	Artigos que abordam as barreiras e facilitadores para a aceitação e uso de tecnologias em telemedicina.	Artigos que não abordam as barreiras e facilitadores para a aceitação e uso de tecnologias em telemedicina.

Fonte: Autores (2025).

Na fase de identificação, considerando o critério 1, de registros de artigos publicados nos últimos 5 anos (2020 – 2025) foram eliminados 127 registros que foram desenvolvidos antes de 2020. Considerando o critério 2, de exclusão dos achados duplicados, um total de 39 artigos foram eliminados. 445 artigos seguiram para a fase de triagem.

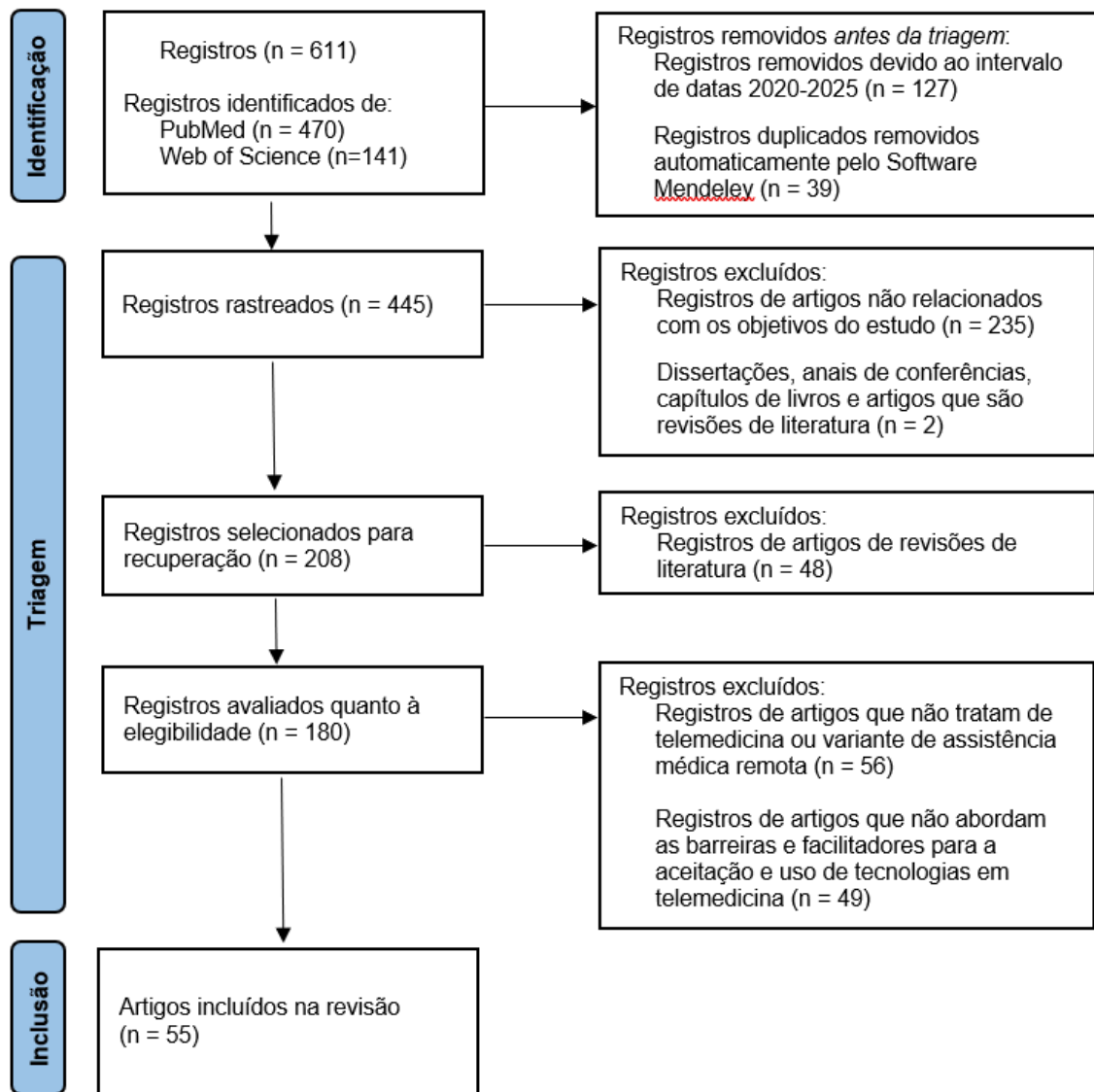
Na fase de triagem, o título e o resumo dos demais artigos da seleção foram analisados e triados de acordo com os critérios 3 a 7, delineados na tabela 1. De acordo com o critério 3, se excluíram 235 registros que não estavam alinhados com os objetivos do estudo. De acordo com o critério 4, foram excluídos 2 registros que são dissertações, resumos de conferências, e capítulos de livro. Foram excluídas 48 revisões de literatura de acordo com o critério 5. Após estes procedimentos, os 180 registros restantes foram buscados para análise do texto completo.

Em sequência, 56 registros que não tratam sobre a telemedicina ou variante de assistência de saúde remota foram excluídos. O critério 7 foi aplicado para excluir 49 registros que não abordam barreiras e facilitadores para aceitação e uso da telemedicina em seu texto.

Os 55 artigos resultantes seguiram para a fase de inclusão, onde os artigos foram submetidos a uma revisão e análise completa dos textos.

Para resumir a totalidade dos procedimentos realizados, foi desenvolvida a Figura 1, que demonstra as etapas das etapas do protocolo PRISMA, as bases utilizadas, os critérios de exclusão e inclusão implementados em cada etapa e o total de artigos incluídos para posterior revisão.

Figura 1 – Fluxograma do protocolo PRISMA



Fonte: Autores (2025), com base no protocolo PRISMA¹⁶.

Os 55 artigos selecionados, que totalizaram 9% da quantidade dos registros totais identificados. Os registros da fase de inclusão foram analisados por meio de uma revisão completa em síntese qualitativa, onde a classificação dos facilitadores e inibidores do uso da telemedicina foram desenvolvidos com base nas 7 categorias sugeridas por Chauhan et al.¹⁵: econômica, ambiental, ética, legal e regulatória, organizacional, social e tecnológica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Inibidores e facilitadores da adoção da telemedicina

O desenvolvimento de uma estrutura com a classificação dos facilitadores e inibidores da telemedicina apresentados na literatura foi orientado pelas 7 categorias desenvolvidas por Chauhan et al.¹⁵, desdobradas na seguintes fatores: econômicos, ambientais, éticos, legais,

organizacionais, sociais e tecnológicos. Estes fatores são abundantes e podem ser analisados num conjunto diversificado de perspectivas. Portanto, além dos inibidores e facilitadores apresentados na literatura, foram registrados os autores identificados na literatura que trazem considerações sobre cada uma das categorias de fatores levantados e foi verificada a questão da perspectiva em que esses fatores são considerados, seja ela dos pacientes (usuários da teleconsulta) ou dos provedores de serviços relacionados à saúde.

Considerando os fatores econômicos (tabela 2) na perspectiva dos pacientes, as questões mais citadas foram aquelas relacionadas à falta de acesso a dispositivos eletrônicos apropriados, restrições no acesso a pacotes móveis e serviços de dados¹⁷ e acessibilidade dos serviços de internet⁸. Para os prestadores de serviços de saúde, as restrições econômicas estão associadas à escassez de recursos financeiros¹⁸, aos altos custos de implementação da telemedicina em hospitais e unidades de saúde⁷ o que pode criar barreiras consideráveis ao acesso e uso de tecnologias em saúde, resultando em resistência de médicos e profissionais de saúde contra a adoção da inovação digital¹³.

Tabela 2 – Fatores facilitadores e inibidores econômicos da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Custos para implementação da telemedicina		Custo de transporte, custo de serviços de internet, custo de pacotes de dados ^{6, 8, 17}	Paciente
		Encargos financeiros; custos de implementação da telemedicina; Altos custos das tecnologias digitais de saúde ^{7, 13, 18}	Provedor

Levando em consideração os fatores ambientais (tabela 3), o advento da COVID-19 por si só foi um incentivo significativo para o uso da telemedicina. Por causa da pandemia, os atendimentos mais rotineiros e não urgentes (primários e secundários) tiveram que ser temporariamente suspensos para evitar qualquer risco de contágio. Relatórios de todo o mundo confirmam a ocorrência da COVID-19 como um forte impulsionador para a adoção da telemedicina^{3,4,12,17,19-23}. Portanto, é inegável o papel da pandemia no estímulo ao acesso remoto aos serviços de saúde, principalmente por meio das tecnologias de informação e comunicação.

Tabela 3 – Fatores facilitadores e inibidores ambientais da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Pressões de segurança e pandemia	Prevenção do risco de contrair doenças como a COVID-19 ^{7, 12, 17-22}		Paciente

Prevenção de contato de doenças como a COVID-19; transmissão reduzida para funcionários do hospital ^{3,4,23}	Provedor
---	----------

Os fatores éticos (tabela 4) em torno da telemedicina geralmente se concentram em questões de privacidade e segurança^{19,24}. Os pacientes geralmente estão preocupados com as consequências indesejáveis do uso inadequado de suas informações de saúde^{25,26}. Além disso, eles estão preocupados e percebem um risco específico quando informações confidenciais (por exemplo, números de cartão de crédito) são transmitidas pela Internet²⁷. A insegurança habitacional⁸ e a falta de privacidade em casa¹⁷ são questões a serem consideradas. Do ponto de vista dos provedores, os problemas são ainda mais desafiadores enquanto as empresas e organizações são responsáveis por garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados^{28,29}. Nesse sentido, é preciso alcançar um equilíbrio: por um lado, há uma apreensão em manter os dados dos pacientes em altos níveis de segurança. Por outro lado, as organizações devem acessar regularmente esses dados para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade remotamente³⁰⁻³². Portanto, as preocupações com privacidade e segurança devem ser adequadamente abordadas como pré-condição para que os provedores alcancem programas bem-sucedidos em telemedicina.

Tabela 4 – Fatores facilitadores e inibidores éticos da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Privacidade, segurança e ética		Preocupações com a confidencialidade dos dados do paciente, insegurança habitacional, falta de espaço privado em casa. ^{8,17,19,25-27,32}	Paciente
		Confidencialidade e privacidade; confidencialidade dos dados; Preocupação de segurança sobre os dados do paciente ²⁸⁻³⁰	Provedor

Considerando as questões legais e regulatórias (tabela 5), os problemas mais desafiadores estão relacionados à ausência de infraestrutura legal adequada^{27,33}. Devido a urgência causada pelo advento da pandemia, muitas localidades aceleraram esse processo regulatório, que se fortaleceu por meio da pressão gerada nos governos e formuladores de políticas, devido a necessidade de distanciamento e consequente uso de serviços de saúde remotos^{4,15,22}. O marco legal necessário para apoiar a telemedicina apesar de já ter avançado bastante, ainda se encontra em sua fase introdutória em diversos países³⁴. As disposições legais necessárias para a prática da telessaúde ainda são consideradas insuficientes e inadequadas³⁵⁻³⁷, especialmente em locais menos desenvolvidos economicamente¹². Consequentemente, as organizações de saúde são cuidadosas ao adotar a telessaúde⁷.

Tabela 5 – Fatores facilitadores e inibidores legais da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Questões legais e barreiras regulatórias		Dificuldades de responsabilidade legal cibernética ^{7,12,15,32-34}	Paciente
		Disposições legais insuficientes e inadequadas; Leis que regem a prática interestadual ¹³⁵⁻³⁷	Provedor

Os fatores organizacionais (Tabela 6) estão associados principalmente às seguintes questões: soluções de pagamento, assistência ao usuário e comunicação, processos operacionais e condições facilitadoras. A literatura aponta alguns desafios relacionados a estes fatores a serem superados, como a falta de estrutura de faturamento universal^{21,37}, políticas deficientes de reembolso¹³ e acessibilidade a pagamentos⁷. Em termos de assistência ao usuário e comunicação, não é incomum que um paciente geralmente tenha dificuldades ao tentar gerenciar as tarefas relacionadas ao computador envolvidas na telemedicina. Nessas situações, o papel e a acessibilidade ao apoio da equipe são de extrema importância, fornecendo informações adequadas, usando comunicação clara e apropriada^{26,38,39}. Além disso, o suporte de infraestrutura e organizacional para uma determinada tecnologia pode ser um incentivo significativo para o seu uso.

Tabela 6 – Fatores facilitadores e inibidores organizacionais da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Organização e Gestão	Faturamento/acessibilidade aos pagamentos; assistência/orientação/apoio ao utilizador; comunicação com a equipe assistencial; capacidade de agendamento; padronização da abordagem; Processos clínicos bem desenhados ^{7,13,19,21,26,37,38}		Paciente
	Implementação acelerada de soluções de telessaúde; acessibilidade e escolha; suporte ao gerenciamento de mudanças; coleta de informações do paciente; planos de desenvolvimento para prestação de serviços de saúde; aumentar a capacidade de agendamento; suporte de orientação para usuários; padronização da abordagem; Triagem das necessidades do paciente ^{28,36,39}	Incapacidade de faturar o serviço / preocupações de reembolso; falta de cobertura por parte das seguradoras (telemedicina); falta de planejamento de implementação ^{28,36,39}	Provedor

Os fatores sociais (Tabela 7) que podem funcionar como facilitadores ou inibidores para a aceitação da telemedicina estão relacionados à capacidade dos processos mentais (cognição), conveniência, características demográficas do usuário, nível de escolaridade, eficácia, intenção de usar o serviço, percepções, atitudes, motivação e satisfação com a telemedicina e a influência do ambiente social.

Começando pela cognição, deve-se destacar que a situação mental do paciente para lidar com sucesso com as tarefas cotidianas é uma pré-condição fundamental para a adoção de qualquer inovação, incluindo a telessaúde. A literatura aponta para uma infinidade de razões que podem ser tomadas como inibidores para um paciente adotar o acesso remoto aos cuidados de saúde: habilidades cognitivas e sensoriais^{17,38} limitações de capacidade²⁶ memória fraca e esquecimento, dificuldade de leitura, incapacidade física¹⁷, incapacidade de comunicação devido à hospitalização do paciente³⁸ comprometimento físico, mental ou cognitivo dos pacientes, nível geral de debilidade do paciente, deficiência visual e limitações de destreza¹⁷.

A conveniência também é um fator relevante para usuários em todo o mundo para acessar serviços remotos e a telemedicina,^{40,41} especialmente devido a possibilidade de reduzir o dispêndio de tempo e dinheiro em sistemas de transporte caros e às vezes indisponíveis e de baixa qualidade³⁻⁵. A acessibilidade é considerada um dos benefícios mais relevantes das visitas digitais⁴², pessoas de áreas rurais, que residem fora das grandes cidades, em regiões geográficas remotas e mal atendidas por infraestrutura de saúde, podem acessar profissionais de saúde mediados por tecnologias de informação e comunicação^{20,34}.

Tendo em vista fatores demográficos que influenciam à adoção da telemedicina, a literatura apontou principalmente para questões relacionadas às dificuldades em lidar com as interfaces tecnológicas devido ao envelhecimento enfrentado por uma parcela cada vez maior da população,^{11,30,43-45} e também a exclusão digital, que está associada a desigualdades oriundas de diferenças acentuadas nos níveis de renda e escolaridade, que impedem os estratos socioeconômicos mais baixos de destreza adequada e acesso à infraestrutura tecnológica adequada^{46,47}.

A dimensão social "Educação" pode ser considerada um pilar fundamental na adoção da telemedicina. Baixos níveis de educação nesta área podem produzir inibidores significativos para o uso de tecnologias de telessaúde. A literatura vem registrando problemas que podem se tornar barreiras relevantes do ponto de vista do paciente: incapacidade de realizar procedimentos,³⁴ dificuldades e capacidade reduzida no uso da tecnologia⁶, habilidades tecnológicas deficientes⁴⁸ e falta de literacia tanto digital quanto em saúde⁴⁹⁻⁵². Por outro lado, as aptidões do paciente para o uso da telemedicina são consideradas impulsionadoras pela literatura: o preparo para lidar com a tecnologia por parte do paciente e a alfabetização digital,¹³ a experiência anterior com serviços de conferência baseados na web,¹¹ a familiaridade com tecnologia⁴³, as habilidades para usar o dispositivo⁴⁷ e autoconfiança com a tecnologia^{6,18,34} são potencializadores para o seu uso da telessaúde.

No entanto, em termos de educação, outra parcela de responsabilidade pode ser atribuída a um déficit na formação dos profissionais de saúde^{4,19,49,54,55}. Para lidar com essas deficiências, as organizações de saúde devem fornecer treinamento técnico adequado para estimular e desenvolver o conhecimento e as habilidades da equipe para a adoção da telemedicina^{54,56}. Além disso, as barreiras linguísticas também devem ser levadas em consideração, especialmente em regiões onde as pessoas falam outros idiomas além do inglês, o que torna as coisas bastante difíceis para os não falantes, reduzindo as oportunidades de acesso aos serviços de telessaúde^{2,13,30}.

Ainda nos fatores sociais, há um conjunto de dimensões e construtos relacionados aos modelos de aceitação de tecnologias, que procura entender como o comportamento de utilizar uma tecnologia é formado, sendo composto de atitudes e normas sociais em relação a uma tecnologia ou situação específica. Alguns dos construtos fundamentais dos modelos de aceitação de tecnologia são as variáveis dependentes "Intenção de Uso" e "Uso Real" de uma determinada tecnologia.

Tendo em vista a aceitação e uso da telemedicina, representada pela intenção de uso ou pelo próprio uso desse serviço, as variáveis preditoras desses modelos como a expectativa de esforço, que diz respeito a facilidade de uso percebida, e expectativa de performance, que diz respeito a utilidade percebida, se destacam^{6,22,25,27,30,32}. Essas variáveis são estudadas no modelo unificado de aceitação e uso de tecnologias (UTAUT2)⁵⁷, assim como outras variáveis independentes relevantes que influenciam os modelos de aceitação da telemedicina são atitudes, confiança, risco percebido, hábito, condições facilitadoras, motivação hedônica e influência social. Essas variáveis geralmente participam de modelos de aceitação de tecnologia e podem ser interpretadas como potencializadoras ou inibidoras dos serviços de telemedicina.

Tabela 7 – Fatores facilitadores e inibidores sociais da aceitação e uso da telemedicina.

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Cognição - condição do paciente	Habilidades cognitivas e sensoriais; habilidades de pensamento ^{17,26,38,43}	Limitações de capacidade; incapacidade de se comunicar; condição/limitação do paciente; nível de debilidade do paciente; impedimento visual ^{17,26,38,43}	Provedor Paciente
Conveniência	Participação da família na consulta; economia de tempo e custos para os pacientes; condições facilitadoras ^{5,8,12,17,20,28,34,40}	Forma segura e cômoda de acesso ao hospital / dificuldades de acessibilidade / distância das unidades de saúde / deslocação para a consulta de telemedicina / acesso limitado às zonas rurais; A saúde em linha consome mais tempo; rede rodoviária deficiente;	Paciente

		Desafios logísticos Horários de trabalho imprevisíveis ^{5,8,12,17,20,28,34,40}	
Conveniência	Conveniência para os médicos; condições facilitadoras; redução de viagens; Economia de tempo ^{2,3,18,30,45}	Distância das dependências do hospital; barreira geográfica; fator ambiental domiciliar; falta de transporte ^{2,3,18,30,45}	Provedor
Demografia		Dificuldades da população idosa; exclusão digital; menor escolaridade / locais de baixa renda e acesso precário / menor nível socioeconômico / vulnerabilidade socioeconômica ^{10,13,30,31}	Paciente e Provedor
Educação – Capacidade do Paciente	Capacidade de usar a tecnologia / Alfabetização tecnológica / Preparação para a tecnologia do paciente / Alfabetização digital / Alfabetização em informática / Conhecimento sobre o aplicativo - Alfabetização do dispositivo / Destreza / Capacidade em atividades físicas / Habilidades em informática / Experiência anterior com serviços de conferência baseados na web / Familiaridade com a tecnologia / Habilidade para usar o dispositivo / Autoconfiança com a tecnologia ^{6,10,13,18,34,43,48}	Incapacidade de realizar procedimentos / habilidades tecnológicas deficientes / falta de experiência com tecnologia digital / capacidade reduzida com tecnologia / dificuldades no uso da tecnologia / alfabetização - falta de familiaridade com smartphone ^{6,10,13,18,34,43,48}	Paciente
Educação – Capacidade do Provedor	Conhecimentos/habilidades; informações de serviços médicos online; habilidades de serviço médico online; capacidade do paciente; experiência prévia em telemedicina; treinamento de provedores; campeões da equipe - participação e liderança da equipe; Treinamento técnico ^{4,23,45}	Baixa alfabetização em informática; falta de educação para aplicativos de smartphone; alfabetização eletrônica limitada; falta de compreensão tecnológica dos pacientes ^{4,23,45}	Provedor
Educação – Capacidade do Provedor	Informação adequada e formação em dispositivos digitais / recursos de apoio aos doentes / informação em linha / pessoal formado / formação para acesso / formação para doentes e profissionais de saúde / formação para prestadores e utilizadores de doentes / e-learning e simulações para doentes / utilização da Internet como fonte de informação ^{10,48}	Necessidade de ajuda externa com tecnologias / falta de conscientização ^{10,48}	Paciente Provedor
Educação - Barreira Linguística		Acessibilidade linguística; Barreira linguística ^{13,30}	Paciente Provedor

Educação - Literacia em Saúde	Falta de alfabetização em saúde digital; alfabetização em saúde deficiente ^{18,19,49,51,55}	Paciente Provedor
Satisfação do paciente	Satisfação do usuário; conforto do paciente com a tecnologia; aumento da satisfação do paciente; prazer do paciente ⁴	Paciente Provedor

O fator tecnológico (Tabela 8) se desdobra no design, desafios de atendimento remoto, acesso, conectividade e infraestrutura. Os problemas de design vêm do desafio enfrentado pelos usuários ao tentar usar um dispositivo de telemedicina. A literatura menciona essas dificuldades como adequação da tecnologia da tarefa⁵⁸, usabilidade e funcionalidade^{26,27} e falta de motivação e engajamento^{14,44}. Para os provedores, esses tópicos geralmente são apresentados como problemas de design, mencionados na literatura como recursos de aplicativos, design para celulares, funcionalidades de desktop, recursos tecnológicos³⁰, design de plataforma de tecnologia^{36,52}, design de tecnologia de ehealth²⁶. O atendimento remoto passa também por questões a serem abordadas pelos profissionais de saúde, como: a competição de interações presenciais³⁷; falta de exame físico^{24,38,48}; comunicação entre pacientes e profissionais de saúde²⁶ e qualidade do atendimento na comparação telemedicina versus atendimento presencial⁵⁹. Levando em consideração as questões de acesso e conectividade, os problemas mais levantados estão relacionados à confiabilidade e velocidade das conexões de internet e disponibilidade de recursos de hardware adequados^{10-14,42,48,53,59}. E, por fim, a dimensão tecnológica infraestrutura aponta para questões como disponibilidade de equipamentos técnicos adequados em termos de hardware e software,^{28,29} problemas tecnológicos,²⁹ suporte técnico⁴ e todos esses problemas mencionados produzem uma necessidade nos prestadores de serviços de saúde de investimentos em tecnologia para apoiar as tecnologias de telemedicina²⁸.

Tabela 8 – Fatores Tecnológicos Intervenientes da Telemedicina

Fator	Facilitador	Inibidor	Perspectiva
Atitudes / utilidades / risco	Atitude em relação ao uso / atitude em relação à telessaúde / conscientização / preferência pelo uso de aplicativos de telemedicina / preferência por interações face a face; motivação hedônica / confiabilidade na tecnologia / utilidade percebida / benefício percebido / utilidade percebida / expectativa de desempenho; custo-benefício; Autoeficácia / Condições facilitadoras ^{11,22,25,40,58}	Pacientes desmotivados / baixa motivação para usar a telessaúde / falta de confiança em relação à consulta médica online / preocupações com a confiança; risco percebido à saúde / risco percebido à privacidade ^{11,22,25,40,58}	Paciente

Atitudes / engajamento / motivação / risco	Atitude em relação ao uso da telemedicina / engajamento / motivação individual; sentimentos positivos relacionados aos pacientes que usam o registro pessoal de saúde (PHR) ^{2,14,28,36,54}	Abordar temas sensíveis para os pacientes; resistência à telessaúde / resistência da equipe; barreiras psicológicas; não adesão a consultas baseadas na web; risco percebido / avaliação de risco; utilidade percebida ^{2,14,28,36,54}	Provedor
Tecnologia – design / complexidade	Criação de valor acrescentado ao serviço; facilidade de reserva de telemedicina; facilidade de uso percebida / facilidade de uso da tecnologia / design de tecnologia de eHealth / ajuste de tecnologia de tarefa; expectativa de esforço; face a face fácil de recursos de consulta; qualidade da informação; vantagem percebida do produto; funcionalidade dos serviços ^{7,18,22,26,27,37,38,40,58}	Dificuldades técnicas / viabilidade; Usabilidade e funcionalidade ^{7,18,22,26,27,37,38,40,58}	Paciente
Tecnologia – design / complexidade	Design para dispositivos móveis / recursos de aplicativos / recursos tecnológicos; funcionalidade de desktop; expectativa de esforço; facilidade de uso percebida; tecnologia conectando clientes com provedores; Envolvimento dos trabalhadores na concepção da plataforma tecnológica ^{28,30,36,39}		Provedor
Norma subjativa	Influência social; recomendação de outros e uso de aplicação de telemedicina; percepção da importância das opiniões dos outros sobre a telemedicina; crenças culturais ⁵⁵		Paciente
Norma subjativa	Significado das normas sociais na aceitação do robô; influência cultural; cuidadores como elo intermediário; influência social ⁵⁴		Provedor
Intenção de uso	Intenção comportamental, preferência do paciente; disposição de pagar pela telessaúde; intenção de usar telessaúde ⁴⁰		Paciente Provedor
Desafios de atendimento remoto	Disponibilidade e compatibilidade de consulta presencial / criar experiência virtual de telessaúde de ponta a ponta; Necessidade de distanciamento social / confinamento domiciliar / limitação de reunião ^{4,6,28,37,38,48,58}	Realização de exame remoto / necessidade presencial / dogma de interação face a face / falta de toque físico / falta de presença física / capacidade limitada para exame médico / necessidade de sessões regulares presenciais / impossibilidade de examinar fisicamente; necessidade de contatos entre, pacientes e prestadores de serviço em saúde / qualidade do atendimento ao comparar	Paciente Provedor

		telemedicina versus pessoalmente; ^{4,6,28,37,38,48,58}	
Tecnologia - Acesso		Dificuldades de acesso; acesso a um fornecimento estável de eletricidade; acesso à internet em casa; acesso à tecnologia; questões de acessibilidade; Falta de acesso ^{4,6,10,11,17,42}	Paciente Provedor
Tecnologia - Conectividade	Acesso à internet rápida de banda larga; acesso a uma conexão confiável com a Internet; conectividade de banda larga de alta velocidade; tecnologia - condições adequadas de download ^{3,7,10,11,13,17,34,48,53}	Lidar com a interrupção do fluxo de conversa; conexão ruim; conectividade ruim com a Internet; má qualidade da internet; rede telefônica ruim ^{3,7,10,11,13,17,34,48,53}	Paciente Provedor
Tecnologia - Infraestrutura	Disponibilidade de hardware eletrônico (smartphone/computador); configuração/integração de hardware em sistemas de saúde; apoio ao uso da telessaúde; suporte técnico; questões tecnológicas (estática, microfone) ^{18,34,48,53,55}	Problemas de infraestrutura - rede rodoviária deficiente; desafios logísticos; problemas com dispositivos; falta de formatos digitais relacionados à saúde; falta de tecnologia adequada; número limitado de áreas cobertas por visitas digitais; desafios operacionais e de sistemas; baixa qualidade de vídeo / imagem; limitações do equipamento; Detalhamento da tecnologia ^{18,34,48,53,55}	Paciente
Tecnologia - Infraestrutura	Disponibilidade de recursos para telessaúde; tecnologia: disponibilidade, conectividade, uso; Sistemas de TI; investimentos iniciais em tecnologias e infraestrutura; recursos e suporte técnico disponíveis; Tecnologia - Qualidade da Internet ^{4,15,28,29,36,39}	Problemas de infraestrutura (tecnologia); equipamento técnico insuficiente; falta de materiais clínicos; falta de estrutura estrutural; falta de suporte técnico; fluxo de trabalho técnico limitado; suporte técnico; problemas tecnológicos ^{4,15,28,29,36,39}	Provedor

4 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi mapear inibidores e facilitadores do uso e aceitação de tecnologias relacionadas à telemedicina. Este objetivo foi atingido através da revisão sistemática de literatura, que identificou um conjunto de fatores que influenciam a aceitação da saúde remotamente. Como objetivos específicos, foi delineada uma classificação dos fatores facilitadores e inibidores conforme as categorias: econômica, ambiental, ética, legal e regulatória, organizacional, social e tecnológica. Esse objetivo também foi atingido ao

organizar os inibidores e facilitadores apresentados na literatura de acordo com as sugestões de categorias apresentadas no estudo de Chauhan et al.¹⁵

Dentre estes fatores, destacam-se os altos preços de hardware e acesso à internet (econômicos); a necessidade de distanciamento social devido à pandemia de COVID-19 pressionando a adoção da telemedicina em todo o mundo (ambiental); risco de violação da privacidade dos usuários (ético); falta de infraestrutura legal apropriada (legal); operações, soluções de pagamento e assistência ao usuário (organizacional); conveniência, cognição, demografia, atitudes, confiança, risco percebido, hábito, motivação hedônica e influência social (social); design, acesso, conectividade e infraestrutura (tecnológica).

As limitações deste estudo devem-se ao uso de bases de dados específicas (PubMed e Web of Science), o que pode restringir a pesquisa bibliográfica. Estudos futuros podem expandir essas bases para incrementar os resultados com seleções de artigos relevantes para o tema que não foram mapeados.

Este estudo oferece como principal contribuição teórica o mapeamento sistemático da literatura existente sobre os fatores inibidores e facilitadores da aceitação e uso da telemedicina, o que possibilita identificar lacunas e orientar futuras pesquisas na área.

Como contribuições práticas, o desenvolvimento de uma estrutura a partir do mapeamento e classificação dos fatores facilitadores e inibidores da aceitação e uso da teleconsulta pode auxiliar desenvolvedores de soluções tecnológicas voltadas a telemedicina a compreender quais são as barreiras enfrentadas por esses usuários e traçar estratégias para superá-las. Adicionalmente, usuários de serviços que utilizem a telemedicina como ferramenta complementar ao atendimento à saúde, sejam esses pacientes ou profissionais de saúde, também podem se beneficiar desse levantamento, ao elucidar os fatores que influenciam em sua aceitação, podendo auxiliar no desenvolver estratégias para maximizar a sua experiência de uso. Por fim, esse estudo também pode auxiliar no desenvolvimento políticas públicas voltadas à saúde, especialmente, levando em consideração a estratégia para implementação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028⁶⁰, que procura desenvolver soluções para implementação da saúde digital em parceria com o SUS.

5 FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 88887.699222/2022-00.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. World Health Organization.
<https://www.who.int/docs/default-source/documents/gshdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
2. Phimphasone-Brady, P., Chiao, J., Karamsetti, L., Sieja, A., Johnson, R., Macke, L., Lum, H., Lee, R., Farro, S., Loeb, D., Schifeling, C., & Huebschmann, A. G. (2021). Clinician and staff perspectives on potential disparities introduced by the rapid implementation of telehealth services during COVID-19: a mixed-methods analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 11(7), 1339–1347.
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibab060>
3. Warmoth, K., Lynch, J., Darlington, N., Bunn, F., & Goodman, C. (2022). Using video consultation technology between care homes and health and social care professionals: a scoping review and interview study during COVID-19 pandemic. *Age and Ageing*, 51(2).
<https://doi.org/10.1093/ageing/afab279>
4. Reynolds, A., Awan, N., & Gallagher, P. (2021). Physiotherapists' perspective of telehealth during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Medical Informatics*, 156, 104613.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104613>
5. Smith, V. J., Marshall, A., Lie, M. L. S., Bidmead, E., Beckwith, B., Van Oudgaarden, E., & Robson, S. C. (2021). Implementation of a fetal ultrasound telemedicine service: women's views and family costs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03532-4>
6. Baudier, P., Kondrateva, G., & Ammi, C. (2020). The future of Telemedicine Cabin? The case of the French students' acceptability. *Futures*, 122, 102595. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102595>
7. Escobar, M. F., Henao, J. F., Prieto, D., Echavarría, M. P., Gallego, J. C., Nasner, D., Martínez-Ruiz, D. M., Velasco, J. E., & Alarcón, J. (2021). Teleconsultation for outpatient care of patients during the Covid-19 pandemic at a University Hospital in Colombia. *International Journal of Medical Informatics*, 155, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104589>
8. Tilden, D. R., Datye, K. A., Moore, D. J., French, B., & Jaser, S. S. (2021). The rapid transition to telemedicine and its effect on access to care for patients with type 1 diabetes during the COVID-19 pandemic. *Diabetes Care*, 44(6), 1447–1450. <https://doi.org/10.2337/dc20-2712>
9. Entidade Reguladora de Saúde - ERS (2022). Prestação de serviços de Telemedicina nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
<https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/prestacao-de-servicos-de-telemedicina-nos-hospitais-do-servico-nacional-de-saude/>
10. Nasir, S., Goto, R., Kitamura, A., Alafeef, S., Ballout, G., Hababeh, M., Kiriya, J., Seita, A., & Jimba, M. (2020). Dissemination and implementation of the e-MCH H andbook, UNRWA's newly released maternal and child health mobile application: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(3).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034885>
11. Shiuey, E. J., Fox, Y., Kurnick, A., Rachmiel, R., Kurtz, S., & Waisbourd, M. (2021). Integrating telemedicine services in ophthalmology: Evaluating patient interest and perceived benefits. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2335–2341. <https://doi.org/10.2147/PPA.S330682>
12. Annaswamy, T. M., Verduzco-Gutierrez, M., & Frieden, L. (2020). Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disability and Health Journal*, 13(4), 100973. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100973>
13. Garg, S., Gangadharan, N., Bhatnagar, N., Singh, M., Raina, S., & Galwankar, S. (2020). Telemedicine: Embracing virtual care during COVID-19 pandemic. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4516. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_918_20
14. Kizito, M., Mugabi, E. N., Ford, S., Holtz, B., & Hirko, K. (2025). Characterizing Telehealth Barriers and Preferences to Promote Acceptable Implementation Strategies in Central Uganda: Multilevel Formative Evaluation. *JMIR FORMATIVE RESEARCH*, 9. <https://doi.org/10.2196/60843>

15. Chauhan, A., Jakhar, S. K., & Jabbour, C. J. C. (2022). Implications for sustainable healthcare operations in embracing telemedicine services during a pandemic. *Technological Forecasting and Social Change*, 176, 121462. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121462>
16. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
17. Wherton, J., Greenhalgh, T., & Shaw, S. E. (2021). Expanding video consultation services at pace and scale in Scotland during the COVID-19 pandemic: national mixed methods case study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10). <https://doi.org/10.2196/31374>
18. Bairapareddy, K. C., Alaparthi, G. K., Jitendra, R. S., Prathiksha, Rao, P. P., Shetty, V., & Chandrasekaran, B. (2021). "We are so close; yet too far": perceived barriers to smartphone-based telerehabilitation among healthcare providers and patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in India. *Heliyon*, 7(8). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07857>
19. Barsom, E. Z., Meijer, H. A. W., Blom, J., Schuurin, M. J., Bemelman, W. A., & Schijven, M. P. (2021). Emergency upscaling of video consultation during the COVID-19 pandemic: Contrasting user experience with data insights from the electronic health record in a large academic hospital. *International Journal of Medical Informatics*, 150, 104463. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104463>
20. Ding, L., She, Q., Chen, F., Chen, Z., Jiang, M., Huang, H., Li, Y., & Liao, C. (2020). The internet hospital plus drug delivery platform for health management during the COVID-19 pandemic: Observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.2196/19678>
21. Fisk, M., Livingstone, A., & Pit, S. W. (2020). Telehealth in the context of COVID-19: Changing perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/19264>
22. Alexandra, S., Handayani, P. W., & Azzahro, F. (2021). Indonesian hospital telemedicine acceptance model: the influence of user behavior and technological dimensions. *Heliyon*, 7(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08599>
23. Zeiger, W., DeBoer, S., & Probasco, J. (2020). Patterns and perceptions of smartphone use among academic neurologists in the United States: Questionnaire survey. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(12). <https://doi.org/10.2196/22792>
24. Kamal, E., Aboelsaad, I. A. F., El-Maradny, Y. A., Ashmawy, R., Gawish, N., Selem, A. K., Abd Elsadek, D. F., & Abdelghaffar, K. (2024). An insight into the implementation, utilization, and evaluation of telemedicine e-consultation services in Egypt. *HEALTH POLICY AND TECHNOLOGY*, 13(6). <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2024.100951>
25. Dhagarra, D., Goswami, M., & Kumar, G. (2020). Impact of Trust and Privacy Concerns on Technology Acceptance in Healthcare: An Indian Perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 141, 104164. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104164>
26. Neher, M., Nygårdh, A., Broström, A., Lundgren, J., & Johansson, P. (2022). Perspectives of Policy Makers and Service Users concerning the Implementation of eHealth in Sweden: Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), e28870. <https://doi.org/10.2196/28870>
27. Schmitz, A., Díaz-Martín, A. M., & Yagüe Guillén, M. J. (2022). Modifying UTAUT2 for a cross-country comparison of telemedicine adoption. *Computers in Human Behavior*, 130. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107183>
28. Abdel-Wahab, M., Rosenblatt, E., Prajogi, B., Zubizarreta, E., & Mikhail, M. (2020). Opportunities in Telemedicine, Lessons Learned After COVID-19 and the Way Into the Future. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 108(2), 438–443. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2020.07.006>

29. Macoir, J., Desmarais, C., Martel-Sauvageau, V., & Monetta, L. (2021). Proactive changes in clinical practice as a result of the COVID-19 pandemic: Survey on use of telepractice by Quebec speech-language pathologists. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 56(5), 1086–1096. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12669>
30. Nguyen, H. L., Tran, K., Doan, P. L. N., & Nguyen, T. (2022). Demand for Mobile Health in Developing Countries During COVID-19: Vietnamese's Perspectives from Different Age Groups and Health Conditions. *Patient Preference and Adherence*, 16, 265–284. <https://doi.org/10.2147/PPA.S348790>
31. Abdelghany, I. K., Almatar, R., Al-Haqan, A., Abdullah, I., & Waheedi, S. (2024). Exploring healthcare providers' perspectives on virtual care delivery: insights into telemedicine services. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10244-w>
32. Qi, M., Cui, J., Li, X., & Han, Y. (2021). Perceived factors influencing the public intention to use E-Consultation: Analysis of web-based survey data. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.2196/21834>
33. Nyoni, T., Evers, E. C., Pérez, M., Jeffe, D. B., Fritz, S. A., Colditz, G. A., & Burnham, J. P. (2024). Perceived barriers and facilitators to the adoption of telemedicine infectious diseases consultations in southeastern Missouri hospitals. *JOURNAL OF TELEMEDICINE AND TELECare*, 30(9), 1462–1474. <https://doi.org/10.1177/1357633X221149461>
34. Farr, M. A., Duvic, M., & Joshi, T. P. (2021). Teledermatology During COVID-19: An Updated Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 22(4), 467–475. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00601-y>
35. Alanzi, T., Alotaibi, R., Alajmi, R., Bukhamsin, Z., Fadaq, K., AlGhamdi, N., Khamsin, N. B., Alzahrani, L., Abdullah, R., Alsayer, R., al Muarfaj, A. M., & Alanzi, N. (2023). Barriers and Facilitators of Artificial Intelligence in Family Medicine: An Empirical Study With Physicians in Saudi Arabia. *CUREUS JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE*, 15(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.49419>
36. Nitiema, P. (2022). Telehealth Before and During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Health Care Workers' Opinions. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e29519. <https://doi.org/10.2196/29519>
37. Faden, D. L., Chang Sing Pang, K., & Hildrew, D. M. (2020). The age of telemedicine is upon us. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 5(3), 584–585. <https://doi.org/10.1002/lio2.391>
38. Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2021). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality and Safety*, 30(9), 715–721. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>
39. Taboada, A., Ly, E., Ramo, D., Dillon, F., Chang, Y. J., Hooper, C., Yost, E., & Haritatos, J. (2021). Implementing Goal Mama: Barriers and Facilitators to Introducing Mobile Health Technology in a Public Health Nurse Home-Visiting Program. *Global Qualitative Nursing Research*, 8. <https://doi.org/10.1177/23333936211014497>
40. Bhatia, R. (2021). Telehealth and COVID-19: Using technology to accelerate the curve on access and quality healthcare for citizens in India. *Technology in Society*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101465>
41. Almathami, H. K. Y., Win, K. T., & Vlahu-Gjorgievska, E. (2024). Empirical Evidence of Internal and External Factors Influencing Users' Motivation Toward Teleconsultation Use. *TELEMEDICINE AND E-HEALTH*, 30(1), 141–156. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0527>
42. Wiley, K., Pugh, A., Brown-Podgorski, B. L., Jackson, J. R., & McSwain, D. (2024). Associations Between Telemedicine Use Barriers, Organizational Factors, and Physician Perceptions of Care Quality. *TELEMEDICINE AND E-HEALTH*, 30(12), 2883–2889. <https://doi.org/10.1089/tmj.2024.0249>
43. Li, P., Luo, Y., Yu, X., Mason, E., Zeng, Z., Wen, J., Li, W., & Jalali, M. S. (2022). Readiness of healthcare providers for e-hospitals: a cross-sectional analysis in China before the COVID-19 period. *BMJ Open*, 12(2), e054169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054169>

44. Tandon, U., Ertz, M., Sajid, M., & Kordi, M. (2024). Understanding Telehealth Adoption among the Elderly: An Empirical Investigation. *INFORMATION*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/info15090552>
45. Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2024). Telehealth Adoption Among Saudi Older Adults: A Qualitative Analysis of Utilization and Barriers. *HEALTHCARE*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232470>
46. Price-Haywood, E. G., Arnold, C., Harden-Barrios, J., & Davis, T. (2023). Stop the Divide: Facilitators and Barriers to Uptake of Digital Health Interventions Among Socially Disadvantaged Populations. *OCHSNER JOURNAL*, 23(1), 34–42. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0101>
47. Röhrich, F., Padmanabhan, R., Binfield, P., Mavji, D., & Barlow, S. (2021). Simple Mobile technology health management tool for people with severe mental illness: a randomised controlled feasibility trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03359-z>
48. Bennell, K. L., Lawford, B. J., Metcalf, B., Mackenzie, D., Russell, T., van den Berg, M., Finnin, K., Crowther, S., Aiken, J., Fleming, J., & Hinman, R. S. (2021). Physiotherapists and patients report positive experiences overall with telehealth during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *Journal of Physiotherapy*, 67(3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.06.009>
49. Muzzamil, M., Karim, M., Khurram, S. S., Aga, I. Z., Hashmi, S., Hassan, H. G., & Younus, Y. (2025). Patient perspectives and utilization of telemedicine for chronic conditions in Pakistan barriers and facilitators towards its access. *DISCOVER PUBLIC HEALTH*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00409-9>
50. Gómez-Molina, N., Salinas-Bueno, I., & Moreno-Mulet, C. (2024). Understanding Telerehabilitation Factors and Videoconference Usage in Physiotherapy: A Protocol for a Mixed-Methods Project. *HEALTH SCIENCE REPORTS*, 7(12). <https://doi.org/10.1002/hsr2.70287>
51. Zhou, L., Li, Y. H., Zhang, Y., Chen, X. L., Zhang, S., & Hu, X. L. (2024). Perceptions of Telehealth Services Among Rural Lung Cancer Patients in China: A Qualitative Study Using the Technology Acceptance Model. *SEMINARS IN ONCOLOGY NURSING*, 40(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151710>
52. Iqbal, F. M., Aggarwal, R., Joshi, M., King, D., Martin, G., Khan, S., Wright, M., Ashrafian, H., & Darzi, A. (2024). Barriers to and Facilitators of Key Stakeholders Influencing Successful Digital Implementation of Remote Monitoring Solutions: Mixed Methods Analysis. *JMIR HUMAN FACTORS*, 11. <https://doi.org/10.2196/49769>
53. Watson, J. D., Xia, B., Dini, M. E., Silverman, A. L., Pierce, B. S., Chang, C. N., & Perrin, P. B. (2025). Barriers and facilitators to physicians' telemedicine uptake during the beginning of the COVID-19 pandemic. *PLOS DIGITAL HEALTH*, 4(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000818>
54. Alodhayani, A. A., Hassounah, M. M., Qadri, F. R., Abouammoh, N. A., Ahmed, Z., & Aldahmash, A. M. (2021). Culture-Specific Observations in a Saudi Arabian Digital Home Health Care Program: Focus Group Discussions with Patients and Their Caregivers. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12). <https://doi.org/10.2196/26002>
55. Machleid, F., Kaczmarczyk, R., Johann, D., Baleiunas, J., Atienza-Carbonell, B., von Maltzahn, F., & Mosch, L. (2020). Perceptions of digital health education among European Medical Students: Mixed methods survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8). <https://doi.org/10.2196/19827>
56. Iran, M., Or, C. K., Xie, Z. Z., & Liu, H. (2023). Facilitators of and barriers to the use of a computer-based self-monitoring system by type 2 diabetic and/or hypertensive patients. *INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2023.103509>
57. Venkatesh, V., Walton, S. M., Thong, J. Y. L., & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. In *MIS Quarterly* (Vol. 36, Issue 1). <http://ssrn.com/abstract=2002388>

58. Yamin, M. A. Y., & Alyoubi, B. A. (2020). Adoption of telemedicine applications among Saudi citizens during COVID-19 pandemic: An alternative health delivery system. *Journal of Infection and Public Health*, 13(12), 1845–1855. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.10.017>
59. Loubani, K., & Rand, D. (2024). Implementing Telehealth Among Occupational Therapists Working in the Health Care System: A Survey on the Current Practice and Experiences. *TELEMEDICINE AND E-HEALTH*, 30(3), 705–714. <https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0261>
60. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

Prevalência e fatores associados à toxoplasmose gestacional no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina

Prevalence and factors associated with gestational toxoplasmosis in Unified Health System of Santa Catarina

Prevalencia y factores asociados a la toxoplasmosis gestacional en el Sistema Único de Salud de Santa Catarina

Vitória Camille Tarachuka Zimmermann¹
Kátia Jakovljevic Pudla Wagner²

¹Universidade Federal de Santa Catarina

²Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados, que analisou a prevalência e fatores associados à toxoplasmose gestacional entre mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde de Santa Catarina, por meio de questionários aplicados em 2019 a puérperas de 30 cidades. A variável desfecho foi a toxoplasmose autorreferida durante a gestação, como fatores associados analisou-se as variáveis faixa etária, cor da pele, escolaridade, estado civil, renda per capita, trabalho remunerado e primiparidade. Foram feitas análises de regressão logística brutas e ajustadas no software Stata. Entre as 3.534 mulheres entrevistadas, 3,9% (IC95% 3,3-4,6%) relataram diagnóstico de toxoplasmose na gravidez. A única variável associada ao desfecho foi escolaridade materna, onde aquelas com ensino médio completo tiveram chance 59% menor (IC95% OR=0,36-0,98) da infecção comparadas às que possuíam ensino fundamental incompleto. A maior chance de toxoplasmose entre as mulheres de menor escolaridade indica a importância de melhorar o acesso a informações preventivas.

Palavras-chave: Toxoplasmose. Gravidez. Prevalência.

ABSTRACT

This cross-sectional study analyzed the prevalence and associated factors of gestational toxoplasmosis among women treated by the Unified Health System of Santa Catarina, Brazil. Questionnaires were administered in 2019 to postpartum women from 30 cities. The outcome variable was self-reported toxoplasmosis during pregnancy. Associated factors included age, skin color, education, marital status, per capita income, paid employment, and primiparity. Crude and adjusted logistic regression analyses were performed using Stata software. Among the 3,534 women interviewed, 3.9% (95% CI: 3.3–4.6%) reported a diagnosis of toxoplasmosis during pregnancy. The only variable associated with the outcome was maternal education, with those holding a high school diploma having a 59% lower odds (95% CI OR=0.36–0.98) of infection compared with those who had not completed elementary education. The higher likelihood of toxoplasmosis among less educated women underscores the importance of improving access to preventive information.

Keywords: Toxoplasmosis. Pregnancy. Prevalence.

RESUMEN

Este estudio analizó la prevalencia y los factores asociados de la toxoplasmosis gestacional entre mujeres atendidas por el Sistema Único de Salud de Santa Catarina, Brasil. Utilizó cuestionarios administrados a mujeres en posparto en 30 ciudades en 2019. La variable de resultado fue la toxoplasmosis autoreportada durante el embarazo. Los factores asociados incluyeron edad, color de piel, educación, estado civil, ingreso per cápita, empleo remunerado y primiparidad. Se realizaron análisis de regresión logística crudos y ajustados utilizando el software Stata. Entre las 3534 mujeres entrevistadas, 3,9% (IC del 95%: 3,3-4,6%) reportó un diagnóstico de toxoplasmosis durante el embarazo. La única variable asociada con el resultado fue la educación materna, donde aquellas con un diploma de escuela secundaria tuvieron una probabilidad 59% menor (IC del 95% OR = 0,36-0,98) de infección en comparación con aquellas con educación primaria incompleta. Esto indica la importancia de mejorar el acceso a la información preventiva.

Palabras clave: Toxoplasmosis. Embarazo. Prevalencia.

1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, encontrado comumente em fezes de gatos. Em humanos, as formas de transmissão da doença mais comuns são pela ingestão de água e alimentos contaminados, além da via congênita, na qual o feto adquire o parasito da mãe acometida pela infecção aguda durante a gestação.¹

Na maior parte dos casos, a manifestação clínica da doença não ocorre, ou há sintomas inespecíficos, confundindo-a com outras doenças. Porém, a toxoplasmose congênita merece atenção pelas sequelas que pode causar ao recém-nascido, como restrição de crescimento, prematuridade, anormalidades líquóricas e cicatrizes de retinocoroidite, e outros problemas que podem aparecer na infância tardia e vida adulta, tais quais lesões oftalmológicas. Por isso, o diagnóstico da infecção na gravidez é extremamente importante, sendo esse impossibilitado pelo não cumprimento de um programa pré-natal adequado, e pela falta de conhecimento acerca da doença.¹

De acordo com Rostami et al.², a prevalência da infecção aguda durante a gestação é de cerca de 1% na América Latina. No Brasil, estudos de base populacional indicam prevalências variando entre 0,25% e 5,7% entre as gestantes.^{3,4}

Sabendo que a toxoplasmose impõe perigos consideráveis à saúde quando presente na gestação, estudar sua prevalência na gestação e os seus fatores associados em Santa Catarina adquire relevância para que os dados possam fornecer suporte às ações de saúde pública sobre

o tema, considerando a população analisada. Além desta ser considerada uma doença negligenciada pela vigilância epidemiológica no país, devido à ausência de programas nacionais consistentes para monitoramento e controle, especialmente da transmissão vertical em gestantes, o acometimento desproporcional de populações vulneráveis, vivendo em condições precárias, e a falta de conhecimento adequado entre profissionais de saúde sobre prevenção e controle.^{5,6}

Logo, reitera-se que a identificação de casos existentes e causas associadas à ocorrência pode servir de subsídio para as políticas públicas a serem implementadas, melhorando ações de prevenção e controle para reduzir os riscos à saúde das puérperas e recém-nascidos. Portanto, esse estudo possui como objetivo avaliar a prevalência de toxoplasmose e seus fatores associados entre gestantes atendidas no SUS de Santa Catarina.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com amostra probabilística e representativa de mulheres que realizaram pré-natal e parto pelo Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no ano de 2019.

A coleta dos dados foi realizada em hospitais públicos do estado com puérperas que aceitaram responder ao questionário de pesquisa. A definição dos hospitais onde foi realizada a coleta dos dados seguiu como critério ter realizado mais de 500 partos pelo SUS no ano de 2016, que corresponderam a 86,2% de todos os nascimentos no estado com financiamento do SUS.

Os critérios de inclusão da amostra foram: ter residido em Santa Catarina durante toda a gestação; ter realizado todas as consultas do pré-natal na rede pública de saúde (seja de risco habitual ou gravidez de alto risco); ter realizado o parto em maternidades de Santa Catarina; ter tido filho nascido vivo, natimorto ou morto até 48 horas pós-parto, e que nasceram com mais de 500g e pelo menos 22 semanas de gestação.

A amostra total do estudo foi estimada em 3.665 puérperas a serem entrevistadas, sendo considerado para cálculo um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 1,6 ponto percentual, tamanho da população de 50 mil e prevalência esperada do fenômeno de 50%, sendo adicionado 5% ao total da amostra para contemplar perdas e recusas.

Para a coleta de dados utilizaram-se questionários fechados aplicados face-a-face nos hospitais até 48 horas pós-parto por meio de tablets e com registro na plataforma REDCap. A

logística do campo foi testada em estudo piloto com 5% da amostra. No total, 35 entrevistadores, todos com nível superior completo ou cursando-o e com experiência na área da saúde, foram treinados e participaram da coleta dos dados. O controle de qualidade foi realizado em amostra aleatória de 10% das entrevistadas por meio de contato telefônico. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo seguidos os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, sob o parecer nº 1.453.705, tanto as entrevistadoras assinaram um Termo de Sigilo das Informações, quanto as entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.⁷

A variável dependente do presente estudo é o diagnóstico autorreferido de toxoplasmose que foi coletado a partir do seguinte questionamento à puérpera: “Durante a gravidez, algum médico ou profissional de saúde disse que você tinha toxoplasmose (doença transmitida pelo gato ou alimentos crus) que precisou tratar?” cujas opções de resposta eram sim ou não. As variáveis independentes selecionadas são as condições sociodemográficas e econômicas da puérpera: idade (13-19 anos, 20-35 e 36-46), estado civil (casada no papel; em união estável; solteira, divorciada e viúva), escolaridade em anos de estudo (≥ 13 , 10-12, ≤ 9) e renda familiar per capita em quartis; e a condição gestacional/obstétrica de ser primípara ou não.

A metodologia estatística utilizada consistiu inicialmente no cálculo da distribuição da amostra (Tabela 1) e as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) do desfecho segundo as características maternas. Em seguida foram calculadas as razões de chances por meio de regressão logística em modelos brutos e ajustados (Tabela 2), sendo as medidas reportadas com seus respectivos IC95% e considerados com significância estatística quando $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no software Stata 15.1. As variáveis de ajuste foram definidas a partir da revisão de literatura acerca do tema, foram consideradas as variáveis com valor de $p < 0,20$ para a análise multivariada. No modelo final de ajuste foram consideradas associações estatisticamente significantes aquelas cujo valor de p foi $< 0,05$.

3 RESULTADOS

O estudo observou prevalência de 3,9% (IC95% 3,3-4,6%) de toxoplasmose durante a gestação dentre as 3534 mulheres entrevistadas. Dentre as puérperas, 75,3% estavam na faixa etária dos 20 a 35 anos, 61,5% eram brancas, a maioria delas (81,5%) era casada ou em união estável. Em relação à escolaridade, 40,2% das puérperas possuíam o ensino médio completo,

e 31,8% possuíam o ensino fundamental completo. A renda per capita foi dividida em quartis, sendo que no primeiro deles (renda per capita até R\$500), 26,8% da amostra ficou nessa categoria. Além disso, destaca-se que 68,5% das mulheres não eram primíparas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Santa Catarina, 2019.

Características maternas	N (%)	IC95%	Valor de p
TOTAL	3534 (3,9)	3,3-4,6	
Faixa etária			
13 a 19 anos	472 (13,4)	12,3-14,5	
20 a 35 anos	2653 (75,3)	73,8-73,7	
36 ou mais	399 (11,3)	10,3-12,4	
Estado civil			
Casada/em união estável	2916 (81,5)	80,2-82,8	
Solteira +	621 (17,4)	16,1-18,6	
Divorciada/viúva	39 (1,1)	0,8-1,5	
Anos de estudo			
Fundamental incompleto	660 (18,7)	17,4-20,0	
Fundamental completo	1121 (31,8)	30,2-33,3	
Médio completo	1420 (40,2)	38,6-41,9	
Superior completo	328 (9,3)	8,4-10,3	
Renda per capita (R\$)			
1º quartil (Até 500)	910 (26,8)	25,3-28,2	
2º quartil (501-866,33)	789 (23,2)	21,8-24,7	
3º quartil (867-1375)	852 (25,1)	23,6-26,6	
4º quartil (Mais de 1376)	844 (24,9)	23,4-26,3	
Paridade			
Primípara	1126 (31,5)	29,9-33,0	
Não primípara	3579 (68,5)	67,0-70,0	

Fonte: De autoria própria.

Ao analisar as variáveis associadas com a ocorrência de toxoplasmose no estudo (Tabela 2), nas análises brutas, a faixa etária, escolaridade e renda per capita apresentaram significância estatística. A chance de toxoplasmose nas mulheres de 20 a 35 anos foi 55%

menor (OR=0,45 IC95%0,36-0,86) e nas mulheres de 36 anos ou mais foi 70% menor (OR=0,30 IC95%0,38-1,31) comparado com as de 13 a 19 anos.

Tabela 2 – OR (regressão linear)

Variável	Toxoplasmos e N (%)	OR bruta (IC95%)	Valor de p	OR ajustada	Valor de p
TOTAL	3534 (3,93%)				
Faixa etária			0,023		0,1065
13 a 19 anos	28 (5,98%)	1,00		1,00	
20 a 35 anos	89 (3,40%)	0,55(0,36-0,86)		0,61 (0,37-1,01)	
36 ou mais	17 (4,30%)	0,71 (0,38-1,31)		0,81 (0,40-1,66)	
Anos de estudo (escolaridade)			0,167		0,2172
Fundamental incompleto	34 (5,18%)	1,00		1,00	
Fundamental completo	46 (4,15%)	0,79 (0,50-1,25)		0,73 (0,45-1,17)	
Médio completo	44 (3,15%)	0,59 (0,38-0,94)		0,60 (0,36-0,98)	
Superior completo	13 (4,01%)	0,76 (0,40-1,47)		0,82 (0,40-1,64)	
Estado civil			0,139		0,058
Casada/em união estável	120 (4,17%)	1,00		1,00	
Solteira/Divorciada/viúva	19 (3,10%)	0,69 (0,42-1,13)		0,60 (0,36-1,02)	
Renda per capita (R\$)					
1º quartil (0-500)	43 (4,77%)	1,00	0,229	1,00	0,6045
2º quartil (501-866,33)	32 (4,11%)	0,85 (0,54-1,37)		0,21 (0,49-1,38)	
3º quartil (867-1375)	24 (2,85%)	0,59 (0,35-0,97)		0,72 (0,42-1,25)	
4º quartil (1376-51000)	32 (3,85%)	0,80 (0,50-1,27)		0,99 (0,56-1,76)	
Trabalho remunerado			0,179		0,396
Ocupada (sim)	55 (3,41%)	1,00		1,00	
Não ocupada (não)	81 (4,29%)	1,27 (0,90-1,80)		1,18 (0,80-1,74)	
Primiparidade			0,157		0,288
Primípara	51 (4,62%)	1,00		1,00	
Não primípara	88 (3,62%)	0,77 (0,54-1,10)		0,79 (0,52,1,21)	

Fonte: De autoria própria.

Quanto à escolaridade, nas análises brutas, as mulheres com ensino médio completo tiveram uma chance 41% menor (OR=0,59 IC95%0,38-0,94) comparadas com as que tiveram

ensino fundamental incompleto de ter toxoplasmose durante a gestação. Em relação à renda, as mulheres com renda per capita no terceiro quartil, também tiveram uma chance 41% menor (OR=0,59 IC95%0,35-0,97) comparadas com as que estavam no primeiro quartil de renda.

Nas análises ajustadas, a única variável associada foi a escolaridade, em que as mulheres com ensino médio completo tiveram uma chance 40% (OR=0,60 IC95%0,36-0,98) menor de ter toxoplasmose comparadas com os outros grupos de escolaridade.

4 DISCUSSÃO

Esse estudo fornece dados representativos de gestantes de todo o estado de Santa Catarina e indicou uma prevalência de 3,9% de toxoplasmose gestacional, sendo considerada elevada em comparação com outros estudos realizados na região sul do Brasil. Sabe-se que a prevalência está associada principalmente com fatores alimentares, com o consumo de carne crua ou malpassada ou ingestão de água imprópria para consumo, porém os estudos realizados no Brasil não contemplaram populações representativas do grupo de risco à nível estadual, considerando o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando se compara a prevalência encontrada em nosso estudo com a de outras pesquisas realizadas no Brasil, observamos resultados semelhantes. No estudo de Bittencourt et al.⁸, realizado no Paraná a prevalência foi 1,1%, enquanto no estudo de Vaz et al.⁹, realizado em Curitiba, foi 3,26%, já em Mattos et al.¹⁰, realizado em São Paulo, a prevalência foi 2,3%. Vale destacar que os estudos têm diferenças amostrais e de período de realização, por exemplo, o primeiro estudo citado foi realizado entre julho de 2009 a outubro de 2010, com gestantes atendidas pelo serviço público de saúde dos municípios de Palotina e Jesuítas na região oeste do Estado do Paraná, já o segundo foi realizado com amostras aleatórias de mulheres que utilizaram o Programa Mãe Curitibana do Sistema de Saúde Pública de Curitiba, atendidas nas Unidades de Saúde Pública e Consultórios de Ginecologia do Hospital de Clínicas da UFPR, sendo analisadas no Laboratório Público Municipal, durante 15 meses, e o terceiro foi realizado entre maio de 2005 a junho de 2007, com gestantes selecionadas tendo "gestação de alto risco", conforme determinado pela política do Ministério da Saúde, no ambulatório de alto risco gestacional do hospital de ensino da Fundação Faculdade Regional de Medicina em São José do Rio Preto, estado de São Paulo.

Na revisão sistemática de Rostami et al.² que avaliou a prevalência em diferentes países e regiões do mundo, a prevalência variou de 0,5%, na Europa, a 2,5%, no Oriente Médio e norte da África. Os autores colocam que as maiores prevalências foram observadas

em regiões com níveis de renda e índices de desenvolvimento humano mais baixos. Essa discrepância global, com prevalências chegando a ser 5 vezes maiores de uma região para outra, pode ser explicada pela existência de desigualdade social, implicando diretamente na falta de conhecimento da população suscetível, menor acesso à saúde, falta de conhecimento e condições socioeconômicas desfavoráveis.¹¹

Entre as variáveis analisadas no presente estudo, a única variável associada com o desfecho foi a escolaridade materna. Este resultado está em linha com os estudos de Da Silva et al.³ e Sartori et al.¹² que também encontraram uma associação semelhante. A explicação para essa associação pode ser relacionada com grupos que possuem maior nível de informação, e consequente educação, priorizam mais seu acesso aos cuidados. Por exemplo, mulheres com maior escolaridade podem ter melhor acesso a informações sobre a infecção, o que influencia na sua conscientização a respeito dos riscos e pode levá-la a realizar um pré-natal completo, com acompanhamento médico, visando o monitoramento da sua saúde e da saúde de seu filho. Além disso, a ingestão de alimentos crus, como saladas que podem ser consumidas durante a gestação, exigem maiores cuidados de higienização e os grupos com maior conhecimento tem maiores chances de conhecer e seguir as recomendações.¹ Além disso, estudos no Brasil mostram que as mulheres mais escolarizadas têm maior acesso ao pré-natal de qualidade, o que implica em maior acesso à informação e exames relacionados à toxoplasmose.^{3, 13} O achado das análises ajustadas sugere que a maior chance da doença entre mulheres de menor escolaridade é consequência de um menor acesso à informação por esse grupo, e incita a necessidade de ações de prevenção da doença voltada a esse público, bem como a conscientização popular a respeito do tema.¹⁴

As variáveis faixa etária e renda per capita não tiveram significância estatística associada à infecção, sendo um achado semelhante ao estudo de Lopes-Mori et al.¹⁵ e Bittencourt et al.⁸, nos quais avaliaram variáveis como idade materna e renda, mas não encontraram associação estatística também. A literatura sugere que outros fatores, como consumo de carne crua ou malpassada, consumo de vegetais crus ou não lavados (hábitos alimentares associados a uma higienização não eficiente), convívio ou contato com gatos, bem como manuseio da caixa de areia, renda e/ou ocupação desfavorável, e histórico obstétrico ruim foram mencionadas em estudos anteriores associados ao desfecho, mas não foram avaliadas no presente estudo.^{16, 17, 18, 19, 20} Estudos como o de Lopes-Mori et al.¹⁵, Bienkowski C. et al.²¹, e Moura et al.⁴, reforçam a importância de relacionar a infecção com a falta de hábitos saudáveis relacionados ao manejo de animais, nesse caso gatos, e posterior

consumo seguro de alimentos e água. Estudos como o de Da Silva et al.³ e Moura et al.⁴ observaram que o contato com gatos e o consumo de carne crua foram fatores relevantes para a toxoplasmose gestacional, o que diverge do presente estudo, que não avaliou essas variáveis. Além disso, enquanto em estudos africanos de Kamus et al.²² o consumo de vegetais crus foi significativo, em nosso estudo essa variável não foi considerada. Essa discrepância pode estar relacionada a diferenças nos contextos socioeconômicos e nos hábitos de vida das populações analisadas.

A Rede Cegonha é uma política pública que visa a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças ao longo do ciclo reprodutivo, com foco na qualidade do pré-natal, no parto seguro e na atenção integral à saúde da criança e da puérpera. Conforme as diretrizes, a política recomenda a realização de pré-natal completo, a garantia de realização de todos os exames necessários, dentre esses é preconizado pelo programa a realização do exame de toxoplasmose. Além disso, enfatiza a importância de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, o acompanhamento da puérpera e da criança com visitas domiciliares, e o acesso a transporte seguro e regulação adequada dos leitos e urgências. No entanto, a implementação e a adesão a políticas como essa podem variar.²³

Além disso, esse cenário reforça a importância do acolhimento qualificado no atendimento primário a saúde, pois profissionais bem preparados, que escutam, orientam e estabelecem diálogo constante, tornam-se fundamentais para a educação de pacientes e prevenção de agravantes. A escuta ativa e a relação de confiança, evidenciadas no estudo de Moura e Silva et al.²⁴, são essenciais para fornecer informações sobre cuidados alimentares e de higiene, riscos infecciosos e prevenção, contribuindo para redução de infecções como a toxoplasmose.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiramente, a variável desfecho foi avaliada por meio de questionário aplicado às puérperas, enquanto a sorologia seria o método ideal para confirmar a infecção aguda por *Toxoplasma gondii* entre as gestantes. Estudo como o de Da Silva et al.³, que avaliou os exames sorológicos, a partir das fichas de pré-natal das gestantes em unidades de saúde mostra a importância de considerar métodos mais precisos, porém não descarta o uso de questionários para avaliação da população, sendo de semelhante importância como no estudo de Bittencourt et al.⁸ que além de ter realizado avaliação sorológica também aplicou um questionário com as mulheres avaliadas. Além disso, nem todos os fatores associados presentes na literatura foram avaliados e isso limita a compreensão

completa das associações. A inclusão de mais variáveis poderia fornecer uma visão mais abrangente.

Como ponto forte a utilização de uma amostra representativa do estado de Santa Catarina, abrangendo diferentes perfis socioeconômicos e regionais, o que fortalece a generalização dos resultados. Além disso, a análise de dados coletados através do programa Rede Cegonha reflete a realidade das gestantes atendidas pelo SUS, o que pode contribuir diretamente para a formulação de políticas públicas mais eficazes no combate à toxoplasmose gestacional para a população mais suscetível.

5 CONCLUSÕES

Esse estudo contribui para a compreensão da prevalência de toxoplasmose gestacional e dos fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil. Foi encontrada maior chance de toxoplasmose entre as mulheres de baixa escolaridade, entende-se que a melhoria no acesso a informações relacionadas à prevenção da doença poderia ser alvo de ações relacionadas à toxoplasmose gestacional, além do cumprimento das políticas públicas existentes no país.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 17 set 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose/publicacoes>
2. Rostami A, Riahi SM, Contopoulos-Ioannidis DG, Gamble HR, Fakhri Y, Shiadeh MN, et al. Acute Toxoplasma infection in pregnant women worldwide: a systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2019 [citado 8 out 2023]; 13(10): e0007807. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007807>
3. da Silva MG, Câmara JT, Vinaud MC, de Castro AM. Epidemiological factors associated with seropositivity for toxoplasmosis in pregnant women from Gurupi, State of Tocantins, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2014 [citado 23 set 2023]; 47(4): 469–75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/wpvXTR4rHrPgZHS956XCf7J/?lang=en>
4. Moura FL, Amendoeira MR, Bastos OM, Mattos DP, Fonseca AB, Nicolau JL, et al. Prevalence and risk factors for Toxoplasma gondii infection among pregnant and postpartum women attended at public healthcare facilities in the City of Niterói, State of Rio de Janeiro, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2013 Mar-Apr [citado 30 set 2023]; 46(2):200-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/cJ5LgDgz7NKMmJk3dZnCpxD/?lang=en>
5. Dubey JP. Toxoplasmosis of Animals and Humans. 2nd ed. Beltsville (MD): CRC Press; 2010 [citado em 17 set 2023]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1756-3305-3-112>
6. Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. Lancet [Internet]. 2004 Jun 12 [citado 16 jan 2025]; 363(9425):1965-76. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16412-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16412-X/abstract)
7. Boing AF, Lacerda JT de, Boing AC, Calvo MCM, Saraiva S, Tomasi YT, et al. Métodos e aspectos operacionais de um estudo epidemiológico e de avaliação da Rede Cegonha. Rev Bras Epidemiol

[Internet]. 2021 [citado 17 set 2023];24:e210010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010>

8. Bittencourt LHF de B, Lopes-Mori FMR, Mitsuka-Breganó R, Valentim-Zabott M, Freire RL, Pinto SB, et al. Soroepidemiologia da toxoplasmose em gestantes a partir da implantação do Programa de Vigilância da Toxoplasmose Adquirida e Congênita em municípios da região oeste do Paraná. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 Feb [citado 23 set 2023];34(2):63–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TkZ65MSGsvbQpPjMgyBQHwx/?lang=pt>
9. Vaz RS, Thomaz-Soccol V, Sumikawa E, Guimarães AT. Serological prevalence of *Toxoplasma gondii* antibodies in pregnant women from Southern Brazil. *Parasitol Res* [Internet]. 2010 Feb [citado 30 set 2023];106(3):661–5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20084396/>
10. Mattos C de CB de, Spegiorin LCJF, Meira C da S, Silva T da C, Ferreira AI da C, Nakashima F, et al. Anti-*Toxoplasma gondii* antibodies in pregnant women and their newborn infants in the region of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2011 [citado 08 out 2023];129(4):261–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802011000400010>
11. Garcia ÉM, Martinelli KG, Gama SGN da, Oliveira AE, Esposti CDD, Santos ET dos. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 Dec [citado 30 set 2023];24(12):4633–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>
12. Sartori AL, Minamisava R, Avelino MM, Martins CA. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2011 Feb [citado 23 set 2023];33(2):93–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000200007>
13. Santos LKR dos, Oliveira F de, Bastos JL. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. *Physis* [Internet]. 2024 [citado 16 jan 2025];34:e34004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt>
14. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 Jul [citado 30 set 2023];17(4):1025–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400037>
15. Lopes-Mori FMR, Mitsuka-Breganó R, Bittencourt LHF de B, Dias RCF, Gonçalves DD, Capobiango JD, et al. Gestational toxoplasmosis in Paraná State, Brazil: prevalence of IgG antibodies and associated risk factors. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2013 Jul-Aug [citado 23 set 2023];17(4):405–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.12.003>
16. Ayeah JN, Oladokun A, Sumbele IUN, Ilesanmi AO, Bekindaka ON. Seroprevalence of gestational and neonatal toxoplasmosis as well as risk factors in Yaoundé, Cameroon. *J Parasitol Res* [Internet]. 2022 Mar 21 [citado 30 set 2023];2022:6406259. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2022/6406259>
17. Kassie E, Kebede N, Kassa T, Garoma A, Girma M, Asnake Y, et al. Seroprevalence and risk factors for *Toxoplasma gondii* infection among pregnant women at Debre Markos Referral Hospital, northwest Ethiopia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. 2024 Jan 2 [citado 16 jan 2025];118(1):61–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571984/>
18. Lopez-Castillo CA, Diaz-Ramirez J, Gomez-Marin JE. Factores de riesgo en mujeres embarazadas infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2005 [citado 30 set 2023];7(2):180–90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642005000200007>
19. Teweldemedhin M, Gebremichael A, Geberkirstos G, Hadush H, Gebrewahid T, Asgedom SW, et al. Seroprevalence and risk factors of *Toxoplasma gondii* among pregnant women in Adwa district, northern Ethiopia. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2019 Apr 16 [citado 23 set 2023];19(1):327. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6469075/>
20. Trevisan M do R, De Lorenzi DRS, Araújo NM de, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2002 Jun [citado 16 jan 2025];24(5):293–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>

21. Bieńkowski C, Aniszewska M, Kowalczyk M, Popielska J, Zawadka K, Ołdakowska A, et al. Analysis of preventable risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in pregnant women: case-control study. *J Clin Med* [Internet]. 2022 Feb 19 [citado 7 out 2023];11(4):1105. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8880619/>
22. Kamus L, Belec S, Lambrecht L, Abasse S, Olivier S, Combe P, et al. Maternal and congenital toxoplasmosis in Mayotte: prevalence, incidence and management. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2023 Mar [citado 8 out 2023];17(3):e0011198. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011198>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 Jun 24 [citado 16 jan 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
24. Moura e Silva CA, Rodrigues GOF, Barbosa KMG. Acolhimento às gestantes no acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Espac. Saude* [Internet]. 17º de outubro de 2024 [citado 25º de novembro de 2025];25. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/1024>

Avaliação de protocolos e diretrizes clínicas para o manejo da hanseníase pelo instrumento AGREE II

Evaluation of clinical protocols and guidelines for leprosy management using the AGREE II instrument

Evaluación de protocolos y guías clínicas para el manejo de la lepra mediante el instrumento AGREE II

Emília Vitória Silva¹

Beatriz de Souza Gonçalves²

Layanne da Silva Carvalho³

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira⁴

Pamela Alejandra Escalante Saavedra⁵

Marina Jorge de Miranda⁶

¹Universidade de Brasília, UnB

³Universidade de Brasília, UnB

⁴Universidade de Brasília, UnB

⁵Universidade de Brasília, UnB

⁶Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

RESUMO

A hanseníase é uma doença tropical, socialmente determinada com elevada prevalência em países como Índia, Brasil, Indonésia e o continente americano. Diretrizes clínicas são documentos que reúnem recomendações para melhorar o cuidado prestado a pacientes. Idealmente, devem ser elaborados com rigor e obedecendo o princípio da saúde baseada em evidência, de forma que estes promovam recomendações assertivas, colaborando com a qualidade do cuidado. O objetivo deste artigo é avaliar a qualidade de protocolos e diretrizes para o manejo da hanseníase. A busca por diretrizes e protocolos foi realizada em bases de dados como PubMed, Cochrane e BVS. As diretrizes foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram encontradas 20 diretrizes, e foram selecionadas as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, Brasil, Índia, Paraguai e Colômbia. Estas foram avaliadas por meio do instrumento de avaliação AGREE II que aborda a variabilidade na qualidade e na transparência de diretrizes por meio de pontuações para seis domínios (escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial). A avaliação geral mostrou que a diretriz da OMS obteve a maior média percentual (93%) e a diretriz do Paraguai obteve a menor média (47%). As diretrizes apresentaram discrepâncias principalmente em relação ao rigor de seu desenvolvimento e a independência editorial, sendo estes achados também descritos na literatura. Logo, sugere-se melhorias em relação ao rigor metodológico na elaboração de diretrizes e na gestão de conflitos de interesses e possíveis vieses.

Palavras-chave: Hanseníase. Guia de prática clínica. Avaliação de tecnologias em saúde.

ABSTRACT

Leprosy is a tropical, socially determined disease with high prevalence in countries such as India, Brazil, Indonesia and the Americas. Clinical guidelines are documents that bring together recommendations to improve patient care. Ideally, they should be rigorously prepared and follow the principle of evidence-based healthcare, so that they promote assertive recommendations, contributing to the quality of care. The objective of this article is to evaluate the quality of protocols and guidelines for the management of leprosy. The search for guidelines and protocols was carried out in the PubMed, Cochrane and BVS databases. The guidelines were selected based on previously defined inclusion and exclusion criteria. Twenty guidelines were found, and the guidelines of the World Health Organization, Brazil, India, Paraguay and Colombia were selected. These were evaluated using the AGREE II instrument, which addresses variability in the quality and transparency of guidelines through scores for six domains: scope and purpose, stakeholder involvement, rigor of development, clarity of presentation, applicability and editorial independence. The overall assessment showed that the World Health Organization guideline had the highest average percentage (93%), and the Paraguayan guideline had the lowest average (47%). The guidelines presented discrepancies mainly in relation to the rigor of their development and editorial independence, and these findings are also described in the literature. Therefore, improvements are suggested in relation to the methodological rigor in the development of guidelines and in the management of conflicts of interest and possible biases.

Keywords: Leprosy. Clinical practice guide. Health technology assessment.

RESUMEN

La lepra es una enfermedad tropical, socialmente determinada con alta prevalencia en países como India, Brasil, Indonesia y el continente americano. Protocolos y directrices clínicas son documentos que reúnen recomendaciones para mejorar el cuidado brindado a los pacientes. El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de protocolos y directrices para el manejo de la lepra. La busca se realizó en las bases de datos PubMed, Cochrane y BVS y se seleccionaron a partir de criterios previamente definidos. Se encontraron 20 documentos, además se incluyeron las directrices de la Organización Mundial de la Salud, Brasil, India, Paraguay y Colombia. Se utilizó el instrumento de evaluación AGREE II, que fue desarrollado para mensurar la variabilidad de la calidad, el rigor metodológico y la transparencia con que una directriz fue elaborada. Se evaluaron seis dominios: ámbito y finalidad, involucrar las partes interesadas, rigor en el desarrollo, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial). La evaluación general mostró que la directriz de la OMS obtuvo la mayor media (93%) y la de Paraguay obtuvo la menor media (47%). Las directrices presentaron discrepancias principalmente en relación con los dominios rigor del desarrollo e independencia editorial. A pesar de la pequeña muestra evaluada, estos hallazgos fueron confirmados por la literatura. Así, es posible sugerir la necesidad de constar en las directrices informaciones detalladas sobre su desarrollo, tal como consta en el instrumento AGREE II.

Palabras-clave: Lepra. Guía de Práctica Clínica. Evaluación de la Tecnología Biomédica

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença tropical infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, de caráter crônico, mas curável. Contudo, ainda permanece endêmica em regiões associadas à pobreza, nas quais a população tem acesso precário à moradia, alimentação e cuidados em saúde. Nesse sentido, é considerada socialmente determinada, – isto é, doenças que afetam mais ou somente pessoas em áreas de maior vulnerabilidade social, no Brasil¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2023, houve 182.815 novos casos de hanseníase no mundo, com a taxa de detecção de 22,7 casos por 1 milhão de habitantes, demonstrando um crescimento de 5,6%².

O Brasil ocupa a segunda posição mundial em número de novos casos de hanseníase diagnosticados anualmente. O país apresentou uma taxa de 10,68 casos por 10 mil habitantes, sendo classificado como de alta endemicidade. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os índices mais preocupantes, com alta ou muito alta endemicidade³.

De 2022 para 2023, com um aumento de 30% nos casos detectados, no Brasil, com 49,9% dos municípios brasileiros com notificações de ao menos um caso da doença. Chama a atenção novos casos em crianças (menores de 15 anos), 5,7% dos novos registros, o que denota um indicador de transmissão recentes². Os dados mostram, ainda, que há predominância de indivíduos do gênero masculino (55,5%), de cor parda (58,7%) na faixa etária de 50 a 59 anos (58,7%) e com ensino fundamental incompleto (42,2%)¹.

A hanseníase integra o Programa Brasil Saudável que tem o objetivo de eliminar doenças determinadas socialmente – isto é, doenças que afetam mais ou somente pessoas em áreas de maior vulnerabilidade social. A iniciativa está alinhada às diretrizes e metas da Agenda 2030 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas e à iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a eliminação de doenças nas Américas. Assim, as ações do programa vão além do setor saúde, dialogando com outros setores do governo relacionados à moradia, renda, ao acesso ao saneamento básico e à educação, entre outras políticas públicas³.

Em consonância ao Programa Brasil Saudável, a OMS lançou a estratégia global “Rumo à zero hanseníase” com o objetivo de eliminar a doença (interromper a transmissão), além de zerar a incapacidade, estigma e discriminação. Como ferramenta para atingir esse alvo, as diretrizes baseadas em evidências são peças-chaves e merecem atenção dos gestores e profissionais da saúde⁴.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) associa evidências científicas com a

experiência e competência do profissional e as preferências do paciente para o uso de evidências na tomada de decisão⁵. Este processo é feito para melhorar a qualidade do cuidado ofertado, pois colabora para o alcance da eficácia e segurança da assistência, além de fundamentar a prática profissional⁶.

Os protocolos e diretrizes são desenvolvidos baseados em evidência científica e consideraram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas⁷.

A partir do contexto apresentado, verifica-se que a hanseníase merece atenção da saúde pública e seu tratamento deve ser fundamentado em evidências e orientado por protocolos clínicos. Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade dos protocolos clínicos que abordam o tratamento da hanseníase.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de avaliação de diretrizes e protocolos com utilização da ferramenta *Appraisal of guidelines for research and evaluation reporting checklist II* (AGREE II)⁸.

As diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos foram identificados em bases de dados PubMed, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Trip Medical Database e em sites oficiais dos ministérios da saúde dos países prioritários, segundo a OMS.

A estratégia de busca combinou operadores booleanos e descritores MESH: “hanseníase” AND “diretriz”; “hanseníase” AND “protocolo clínico”; “hanseníase dimorfa” AND “diretriz”; “hanseníase dimorfa” AND “protocolo clínico”; “hanseníase multibacilar” AND “diretriz”; “hanseníase multibacilar” AND “protocolo clínico”; “hanseníase dimorfa” AND “diretriz”; “hanseníase dimorfa” AND “protocolo clínico”; “hanseníase paucibacilar” AND “diretriz”; “hanseníase paucibacilar” AND “protocolo clínico”; “hanseníase tuberculóide” AND “protocolo clínico”; “hanseníase tuberculóide” AND “diretriz”; “hanseníase virchowiana” AND “diretriz”; “hanseníase virchowiana” AND “protocolo clínico”, com o filtro para os últimos 10 anos (2012-2022).

Por fim, a busca pelos protocolos e diretrizes foi realizada durante os meses de maio a junho de 2022.

Foram incluídos nesta análise protocolos de países em que a hanseníase é mais prevalente, com base em levantamento da OMS, em 2023², entre eles a Índia, seguida do Brasil, Paraguai e Colômbia, foram os países escolhidos. O protocolo da OMS também foi incluído por sua posição de liderança internacional. Após a busca das diretrizes e protocolos,

foi necessário avaliar se os documentos encontrados obedeciam os critérios para serem considerados protocolos clínicos⁹.

As diretrizes selecionadas foram: “*Guidelines for Primary, Secondary and Tertiary level care - National Leprosy Eradication Program*” da Índia, publicada em 2012¹⁰. Em relação ao Brasil, foi utilizado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase”, de 2022¹¹. A terceira diretriz selecionada era de abrangência mundial e foi publicada pela Organização Mundial da Saúde, sendo intitulada “Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase”¹².

Na sequência, foram selecionadas as diretrizes do Paraguai (“Manual de Normas e Procedimentos do Programa Nacional de Controle de Hanseníase”, de 2016)¹³ e da Colômbia (“Guia de Atenção à Hanseníase”, de 2012)¹⁴ (Ver Quadro 1).

A diretriz da Indonésia, país com o terceiro maior número de casos do mundo, foi excluída por não ser publicada em português, inglês ou espanhol.

A avaliação dos documentos selecionados foi realizada utilizando o instrumento *Appraisal of guidelines for research and evaluation reporting checklist II* (AGREE II). Tal ferramenta avalia o rigor metodológico e a transparência no desenvolvimento da diretriz, além da abordagem dos vieses do desenvolvimento da diretriz e pela validação interna e externa das suas recomendações⁸.

O AGREE II é composto por seis domínios que elencam 23 itens. Os domínios são: i. escopo e finalidade; ii. envolvimento das partes interessadas; iii. rigor do desenvolvimento; iv. clareza da apresentação; v. aplicabilidade; e vi. independência editorial. Os dados das diretrizes e protocolos referentes a cada domínio foram colocados em uma planilha e avaliados por meio de uma pontuação com escala de 1 a 7, sendo 1 correspondente a discordo totalmente e 7 concordo totalmente^{8,15}.

Neste trabalho, houve a colaboração de três avaliadores: BSG, LSC e PAES. Após a avaliação independente de cada juiz, para cada um dos domínios foi feito o cálculo da pontuação percentual de acordo com as instruções do AGREE II, utilizando a seguinte equação, conforme o Consórcio AGREE⁸

$$(\text{pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}) \div (\text{pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}) \times 100$$

Os resultados em percentual obtidos foram comparados entre si de forma a avaliar a qualidade das diretrizes selecionadas e subsidiar a discussão sobre a possibilidade de recomendação das mesmas. Contudo, o instrumento AGREE II não define pontuações

mínimas para os domínios de forma a diferenciar as diretrizes de acordo com a qualidade. O instrumento possibilita a tomada de decisão pelo usuário da ferramenta de acordo com o contexto no qual for utilizado¹⁶.

Para analisar os dados obtidos, optou-se por seguir o critério de Santana et al. (2020)¹⁷. Segundo os autores, o domínio 3 (rigor do desenvolvimento) deve ser o item principal na análise para verificar se as diretrizes devem ser recomendadas ou não. Tal domínio possui o maior número de critérios e é de grande relevância na qualidade de uma diretriz¹⁷.

Ainda segundo Santana. et al. (2020), para que a diretriz seja “recomendada”, esta deve ter nota maior que 50% no domínio “rigor do desenvolvimento” e em pelo menos mais dois domínios. No caso de diretrizes que apresentaram nota entre 30% e 50% no domínio “rigor do desenvolvimento” e uma nota maior que 50% em outros dois domínios é considerada “recomendada com modificações”. Por fim, a diretriz cuja nota no domínio 3 for menor que 30% será classificada como “não recomendada”¹⁷.

Após a avaliação por todos os juízes, as notas para cada item de cada critério foram comparadas a fim de avaliar pontuações discrepantes, isto é, aquelas que possuíam variação de três ou mais pontos, considerando a escala do AGREE II (1-7)¹⁸. Nestes casos, os avaliadores entraram em consenso a fim de decidir as notas individuais de cada item, considerando a qualidade e completude do mesmo e de forma a evitar discrepâncias nas notas.

3 RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma de trabalho da recuperação de documentos e avaliação dos mesmos, já com alguns resultados.

As diretrizes escolhidas para esta análise estão detalhadas na Tabela 1.

Abaixo, estão as principais características das diretrizes envolvidas nessa análise.

3.1 Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase OMS

Essa diretriz foi elaborada pelo Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes, composto por especialistas de diferentes áreas, um metodologista, um revisor sistemático, o grupo de revisão externa e o grupo diretor da OMS, tendo como público-alvo formuladores de políticas dos ministérios da saúde, equipes de saúde e pesquisadores, especialmente em países de baixa e média renda¹².

Para cada recomendação no tratamento da hanseníase, são apresentadas evidências nas quais foram baseadas, além de anexos. Além disso, fornece guias para discussões entre grupos focais para identificar valores e preferências das pessoas afetadas pela hanseníase. Este tipo

de guia é um diferencial na diretriz, já que não está presente nos outros protocolos selecionados¹².

Em relação ao tratamento, a OMS preconiza o uso, desde 2018, em todos os pacientes com hanseníase, de rifampicina, clofazimina e dapsona. Nos casos de hanseníase paucibacilar, o tratamento é realizado durante 6 meses e, para a forma multibacilar, é recomendada a duração de 12 meses¹².

Tal recomendação foi um marco, já que alterou a poliquimioterapia (PQT) que antes era caracterizada por dois esquemas terapêuticos distintos (um composto por rifampicina, clofazimina e dapsona, para casos multibacilares, e outro composto por rifampicina e dapsona para casos paucibacilares) e unificou para um esquema, denominado poliquimioterapia única¹¹.

3.2 Diretrizes para os níveis Primário, Secundário e Terciário (Guidelines for Primary, Secondary and Tertiary Level Care) Índia

A diretriz do Ministério da Índia busca implementar o Programa Nacional de Erradicação da Hanseníase com o objetivo de reduzir a carga da doença no país, prevenir incapacidades e melhorar o conhecimento sobre a doença em todos os níveis de atenção. Neste protocolo, o sistema de saúde possui diversas responsabilidades como garantir a detecção precoce de novos casos, fornecer os medicamentos da PQT, promover atividades que previnam as incapacidades e fornecer serviços de reabilitação para os pacientes com hanseníase que necessitarem. Contudo, a mesma ainda recomenda o uso de rifampicina, clofazimina e dapsona para casos de hanseníase multibacilar, durante 12 meses, e rifampicina e dapsona para a forma paucibacilar durante 6 meses¹⁰.

Dados mostram que, com a criação de programas de erradicação de hanseníase e a implementação da PQT, tal taxa diminuiu para 0,66 em 10.000 habitantes¹⁹.

3.3 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase Brasil

Publicado em junho de 2022, o PCDT do Ministério da Saúde do Brasil tem como objetivos estabelecer critérios de diagnóstico, tratamento e promover a descentralização do cuidado em hanseníase para a Atenção Primária, sendo este nível de atenção o ponto de entrada na rede de atenção¹¹.

Para a sua elaboração, foi realizada uma consulta pública de forma a considerar a opinião de profissionais de saúde, pessoas com hanseníase e interessados no tema¹¹.

Este protocolo deve ser aplicado aos casos diagnosticados de hanseníase e aqueles que

apresentarem reações hansênicas ou suspeita de resistência medicamentosa e pacientes com incapacidades físicas decorrentes da hanseníase, mas não inclui pacientes com apresentações atípicas da doença ou com intolerância grave aos medicamentos recomendados¹¹.

Desde 1982, a PQT é o tratamento de primeira linha para a hanseníase e, atualmente, os casos de resistência medicamentosa não são considerados frequentes. Para o tratamento de casos de hanseníase MB ou PB, recomenda-se, em consonância com a OMS, o uso de rifampicina, clofazimina e dapsona, contudo, para os casos de hanseníase multibacilar o tempo de tratamento é de 12 meses e para paucibacilar de 6 meses¹¹. Tal esquema foi publicizado no Brasil, em 2018, por meio da Portaria nº 71, de 11 de dezembro de 2018 e adotado de fato por meio da Nota Técnica nº 16 do Ministério da Saúde, sendo denominado Poliquimioterapia Única²⁰.

Além do tratamento farmacológico, o protocolo aborda possíveis tratamentos não farmacológicos, como a abordagem psicossocial voltada para o estigma e a discriminação, intervenções coletivas por meio de grupos, autocuidado e prevenção de lesões¹¹.

3.4 Protocolo de normas e procedimentos (Manual de Normas y Procedimientos) Paraguai

Documento elaborado pelo Ministério da Saúde e Bem-estar Social do Paraguai. O propósito do protocolo é facilitar o acesso a informações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e formulários utilizados no controle e vigilância da doença, tendo, como público-alvo, profissionais de saúde atuantes no cuidado do paciente com hanseníase¹³.

Para tanto, a diretriz apresenta estes tópicos de forma sucinta, com diversas imagens, de forma a facilitar a visualização e entendimento do profissional de saúde que utiliza o protocolo. Por se tratar de um manual de procedimentos, o mesmo apresenta diversos formulários e planilhas a serem utilizados como fichas de notificação, ficha de controle do paciente e ficha de remissão¹³.

3.5 Protocolo de atenção à hanseníase (Guia de atención de la lepra) Colômbia

O protocolo em questão é uma ferramenta de trabalho a ser aplicada nas atividades relacionadas a eliminação da hanseníase no país. Como objetivos iniciais, esta diretriz busca colaborar com a administração da PQT em 100% dos doentes, proporcionar o tratamento integral e impedir o aparecimento de incapacidades por meio do diagnóstico precoce¹⁴.

A diretriz também aborda as características e classificação da doença de forma sucinta, as reações hansênicas, fatores de risco, mecanismos de transmissão e as atividades de controle

e atenção à doença, como busca ativa de casos e controle dos conviventes (pessoas que moram na mesma residência que uma pessoa com caso confirmado), diagnóstico e tratamento, além de trazer fluxogramas e indicadores utilizados para avaliar a efetividade do programa de controle da hanseníase¹⁴.

Conforme as diretrizes da Índia e do Paraguai, a diretriz colombiana ainda não recomenda o uso da poliquimioterapia única.

3.6 Avaliação geral das diretrizes

Após a avaliação, cada item dos domínios recebeu uma nota de cada um dos três juízes que participaram do trabalho. A partir disso, foi realizado o cálculo da porcentagem de cada domínio, segundo as orientações do AGREE II (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra a pontuação de cada domínio da ferramenta, conforme a diretriz analisada⁸.

4 DISCUSSÃO

Considerando a análise realizada, as diretrizes da OMS, do Brasil e da Colômbia foram classificadas como “recomendadas”, já que possuem nota maior que 50% no domínio de rigor e desenvolvimento e em outros dois domínios. Devido às notas menores que 30% no domínio “rigor e desenvolvimento”, as diretrizes do Paraguai e da Índia são classificadas como “não recomendadas”, apesar deste último ser país com maior proporção de casos de hanseníase e deveria receber atenção especial pelas suas autoridades².

Na sequência, vamos discutir cada um dos domínios avaliados e contextualizar com a literatura.

4.1 Domínio 1 Escopo e finalidade

Conforme a Tabela 1, a diretriz da OMS foi a única a obter nota máxima (100%) em todos os itens, demonstrando a completude deste domínio na referida diretriz. Além disso, as informações encontram-se bem descritas, de forma clara e concisa¹². Em seguida, as diretrizes da Índia, do Brasil e da Colômbia obtiveram nota igual a 96% para este domínio.

No caso da Índia, a diretriz não apresentava de forma completa os objetivos gerais (item 1), principalmente em relação aos desfechos ou benefícios esperados¹⁰. Já a diretriz do Paraguai (81%) apresentou falhas na descrição da população alvo (item 3). Por fim, segundo a avaliação realizada, a diretriz brasileira apresentou déficits nos itens 2 e 3¹³.

Segundo Brasil, Silva, Moura (2018), as diretrizes carecem de objetivos claramente

definidos, além de apresentarem estruturas textuais incoerentes e tendem a não utilizar mecanismos confiáveis de avaliação e de implementação. Tais carências colaboram para a diminuição da qualidade do protocolo, afetando diretamente o cuidado em saúde e o custo-efetividade do tratamento²¹.

Apesar das falhas encontradas, este domínio obteve a média percentual igual a 93,8%, sendo a segunda maior média encontrada neste trabalho. Em primeiro lugar, destaca-se o domínio “clareza da apresentação”, com média percentual igual a 95,8%.

Nos trabalhos de Chiappini. et al. (2016) e de Gavriilidis. et al. (2021) os domínios “escopo e finalidade” e “clareza da apresentação” também obtiveram as maiores notas percentuais, demonstrando que estes domínios costumam apresentar maior completude em sua formulação, atendendo aos critérios do AGREE II^{22,23}.

Segundo Ravin. et al. (2022), o domínio “escopo e finalidade” costuma apresentar as maiores notas percentuais na literatura, uma vez que este domínio é de grande relevância, visto que aborda os objetivos da diretriz, as questões de saúde, a população alvo e a autonomia do paciente²⁴.

4.2 Domínio 2 Envolvimento das partes interessadas

Segundo a avaliação realizada, este domínio apresentou variação de 46%-100%. Assim como no domínio 1, a diretriz da OMS obteve nota máxima (100%). Esta diretriz apresenta de forma completa o grupo de desenvolvimento da diretriz, o grupo de revisão externa e todos os outros membros relevantes na elaboração do protocolo¹².

É relevante destacar que, para obter a opinião das pessoas com hanseníase, a OMS promoveu grupos focais e discussões em diversos países, de forma a entender a visão dos pacientes em relação ao diagnóstico, tratamento e triagem de contatos. Destes grupos, os tópicos mais citados em relação ao diagnóstico foram o estigma, os problemas no acesso aos serviços de saúde e a falta de capacitação dos profissionais¹².

A partir disso e considerando as evidências da literatura, o grupo de desenvolvimento da diretriz formulou as recomendações, incorporando também considerações sobre direitos humanos, a fim de eliminar a discriminação e o estigma¹².

Em segundo lugar, a diretriz brasileira obteve o percentual de 81%. A principal ausência neste domínio se refere à equipe de desenvolvimento da diretriz, já que não há descrição completa da equipe, como a expertise do membro e a sua contribuição para o desenvolvimento da diretriz. Um ponto positivo desta diretriz foi a realização de uma consulta pública para conhecer as opiniões da população alvo (profissionais de saúde, familiares,

pacientes e interessados no tema). Todas as contribuições obtidas foram listadas e respondidas no protocolo¹¹.

Destaca-se que, no Brasil, a participação social é garantida pela Constituição Federal de 1988 e é um dos princípios descritos na Lei 8.080/1990²⁵. Assim, a população possui respaldo para participar de processos de avaliação de tecnologias, execução e avaliação de ações e na elaboração de protocolos, por exemplo.

Neste domínio, a diretriz da Índia obteve uma nota igual a 65%. No caso do protocolo da Índia, não há relatos de que houve uma estratégia para obter estas opiniões por meio de busca na literatura ou outras estratégias possíveis para obtenção destas informações durante a elaboração da diretriz, demonstrando uma falha no envolvimento do público alvo, influenciando diretamente na qualidade do protocolo¹⁰. O mesmo ocorre com as diretrizes do Paraguai (52%) e da Colômbia (46%).

Assim como a diretriz indiana, o protocolo não informa se utilizou alguma estratégia para conhecer as preferências do público-alvo e não possui nenhuma descrição de possíveis opiniões de seu público alvo¹³.

Além disso, as diretrizes do Paraguai e da Colômbia não elencaram de forma completa os dados referentes à equipe de desenvolvimento, faltando, principalmente, informações sobre a contribuição em conteúdo e uma descrição do papel dos membros na elaboração da diretriz. Por fim, a diretriz colombiana não define claramente seu público alvo, prejudicando o entendimento e direcionamento do mesmo¹⁴.

Assim, este domínio obteve uma média percentual igual a 68,8% sendo as maiores notas percentuais atribuídas às diretrizes do Brasil e da OMS (81% e 100%).

Portanto, este domínio apresentou um resultado final mediano, não alcançando as maiores notas obtidas por outros domínios.

Destaca-se que, além de considerar os fatores relacionados à aplicabilidade de um protocolo, a implementação de uma diretriz pode ser melhorada por meio da inclusão de pacientes e de organizações focadas na doença a ser estudada. Os interessados nos protocolos, se incluídos ao longo do desenvolvimento da diretriz, podem colaborar para o aumento da qualidade das recomendações^{26,27}, a diminuição de custos financeiros em saúde, o empoderamento do paciente e o aumento da adesão ao tratamento²⁸.

4.3 Domínio 3 Rigor do desenvolvimento

Chiappini et al. (2017) declaram que “rigor do desenvolvimento” deveria possuir uma importância maior do que os outros domínios, pois o mesmo avalia a qualidade das evidências

e das recomendações realizadas, portanto, caso tal domínio obtenha uma nota considerada baixa, demonstra que as recomendações possuem alto risco de viés e podem comprometer a tomada de decisão durante a prática clínica²².

Assim como nos outros domínios, o protocolo da OMS obteve o maior percentual (90%) em relação às outras diretrizes. Contudo, a diretriz não apresentou as palavras-chave utilizadas na busca por evidências na literatura, sendo este um dos tópicos importantes no primeiro item deste domínio, que se refere aos métodos sistemáticos para a busca de evidências. Bem como, não há descrição de toda a estratégia de busca, contudo, tais informações podem estar presentes em documentos adicionais que não foram encontrados na busca realizada¹².

Além disso, a diretriz da OMS não mostra de forma clara os critérios de seleção da evidência, pois não aborda os critérios de inclusão e exclusão das mesmas. Neste quesito, o protocolo não aborda os delineamentos de estudos encontrados e seus idiomas, por exemplo. Outra falha é na descrição da revisão externa realizada antes da publicação do documento. Nesta diretriz, há um Comitê de Revisão de Diretrizes e os membros deste são descritos com nome e afiliação, porém não há informações sobre: a finalidade da revisão externa, os métodos utilizados para a condução da revisão e quais foram os desfechos obtidos na revisão externa¹².

Já a diretriz brasileira (63%) não demonstra, com completude, os pontos fortes e limitações do corpo de evidências, como descrição das limitações das metodologias e a relevância dos desfechos encontrados¹¹. Esta falta também está presente na diretriz colombiana (53%). Além disso, os métodos para desenvolver as recomendações não estão claramente definidos na diretriz brasileira e não há a definição dos métodos para atualização periódica da diretriz. Neste íterim, a diretriz da Colômbia não apresenta nenhuma declaração sobre a possível atualização do protocolo, nem define o período de tempo de atualização ou a metodologia a ser utilizada para tal fim¹⁴.

Com os menores percentuais obtidos, as diretrizes do Paraguai (5%) e Índia (6%) apresentaram diversas falhas no domínio relacionado ao rigor e desenvolvimento. Os dois protocolos não apresentam os métodos sistemáticos para a busca de evidências. Portanto, no primeiro item deste domínio, ambas obtiveram notas mínimas. No segundo item, referente aos critérios de seleção das evidências, também não há descrição destes critérios, nem as características dos estudos utilizados na elaboração das diretrizes, assim, também obtiveram nota mínima neste item^{10,13}.

Devido à falta de informações sobre as evidências utilizadas, as diretrizes da Índia e

Paraguai também não demonstram os pontos fortes e limitações das evidências obtidas. Além disso, não há informações sobre o processo de desenvolvimento das recomendações. Logo, nestes itens, as diretrizes obtiveram nota mínima. No item relacionado aos efeitos colaterais e benefícios das recomendações, as diretrizes abordam efeitos adversos dos medicamentos utilizados na PQT, porém não há uma descrição do balanço entre os benefícios e riscos destes medicamentos^{10,13}.

Considerando os resultados obtidos, nota-se que o domínio de rigor do desenvolvimento obteve a segunda maior variação: 90% na diretriz da OMS e 6% na diretriz da Índia. Tais variações demonstram disparidades na coleta e síntese de evidências, na formulação das recomendações e no esclarecimento dos vieses, por exemplo²⁹.

Ao mesmo tempo, a falta de um adequado processo sistemático e reprodutível de busca, seleção e análise de evidência resulta em uma diretriz com baixo rigor metodológico³⁰, interferindo na alocação de recursos de saúde e nas tomadas de decisões clínicas^{31,32}.

Além disso, este domínio aborda os processos de atualização da diretriz. Nesse ínterim, todas as diretrizes recomendam os medicamentos que compõem a poliquimioterapia para o tratamento de hanseníase, porém os protocolos da Índia, do Paraguai e da Colômbia ainda não foram atualizados de forma a recomendarem o esquema da PQT-U. Dessa forma, percebe-se a necessidade de atualização destas recomendações.

Portela (2008) acrescenta que as diretrizes precisam ser atualizadas quando ocorrem mudanças nas evidências acerca dos riscos e benefícios das intervenções, novas intervenções disponíveis, recursos disponíveis e novas avaliações de custos e resultados em saúde³¹.

4.4 Domínio 4 Clareza da apresentação

Considerando os percentuais das diretrizes, os documentos avaliados obtiveram notas semelhantes (100%, 98%, 96%, 94% e 89%), sendo a diretriz do Paraguai a que obteve a menor nota (89%), o protocolo indiano (94%) e o da Colômbia (96%) que apresentaram falhas, em diferentes graus, na descrição de suas recomendações, como a falta de identificação do objetivo e da finalidade das ações recomendadas. Já as diretrizes do Brasil e da OMS obtiveram notas máximas nos três itens que compõem este domínio.

Destaca-se que este domínio obteve a menor variação percentual dentre todos os domínios (89 - 100%), seguido do domínio “escopo e finalidade” (81-100%). Estes resultados demonstram que os protocolos avaliados conseguiram demonstrar de forma clara seus objetivos gerais, as questões e os propósitos quanto à saúde a que se referem, a condição clínica da doença, populações excluídas, comorbidades, a população alvo, além de descrever

as opções de tratamento para as diferentes populações de forma sintética e em sessões diferentes.

De todo modo, as diretrizes avaliadas foram elaboradas com linguagem adequada, de fácil entendimento e organizadas de forma que a busca pela informação seja facilitada. Esse achado também ocorre no estudo de Feleszko *et al.* (2021) e de Gavriilidis *et al.* (2019), nos quais estes domínios apresentaram as maiores pontuações.

4.5 Domínio 5 Aplicabilidade

Segundo Gavriilidis *et al.* (2021), o domínio “aplicabilidade”, junto com o domínio “rigor do desenvolvimento” possuem grande impacto na recomendação de uso de uma diretriz, pois estes domínios propõem a avaliação das barreiras e facilitadores à implementação das recomendações, bem como os recursos envolvidos neste processo, sendo fatores de grande relevância para a prática clínica, por exemplo²³.

Neste domínio, a diretriz de alcance mundial, da OMS, obteve um percentual igual a 65%. Em seguida, o Brasil com 50%, a Colômbia (49%), a Índia com 40% e o Paraguai (39%). A diretriz da OMS apresentou notas medianas (3 a 5) no item que considera as implicações e os recursos necessários para aplicação das recomendações. Isso se deve a falta de informações sobre os tipos de dados que foram considerados, já que não há informações sobre a realização de avaliações econômicas ou sobre o custo de aquisição de medicamentos.

A diretriz da OMS, por meio dos grupos focais realizados, pôde obter diversas informações sobre barreiras relacionadas ao tratamento da hanseníase, por exemplo, mas o protocolo não aborda com profundidade as barreiras para a implementação das recomendações, sendo uma falha referente ao primeiro item deste domínio. Consequentemente, faltam informações sobre como tais dados influenciaram no desenvolvimento da diretriz¹².

As diretrizes do Brasil e da Colômbia obtiveram notas semelhantes neste domínio (50% e 49%). O protocolo colombiano não descreve os facilitadores e barreiras que podem interferir na implementação da diretriz e ainda não descreveu os tipos de custos considerados, os métodos de pesquisa sobre custos¹⁴.

O mesmo acontece na diretriz brasileira, que obteve notas mínimas neste item, pois não aborda os custos referentes à implementação do protocolo. A diferença percentual entre os documentos da Colômbia e do Brasil se dá pelo fato da diretriz brasileira apresentar mais informações sobre os facilitadores e barreiras relacionados ao uso da diretriz, abordando, principalmente, o estigma e a discriminação¹¹. Já a diretriz colombiana abordou mais dados

sobre os critérios para monitorar a aderência às recomendações e ao uso da diretriz, pois a mesma descreve seus indicadores¹⁴, enquanto a diretriz brasileira apenas os cita.

Da mesma forma, as diretrizes da Índia (40%) e do Paraguai (39%) obtiveram notas semelhantes. Como principais falhas, ambas não descrevem os processos de pesquisa sobre custo e custo-efetividade, portanto, não há informações sobre como essa variável pode ter influenciado no desenvolvimento dos protocolos. Outra falha notável foi a falta de dados sobre a pesquisa dos facilitadores e barreiras relacionados à implantação do protocolo^{10,13}.

Por fim, como média, este domínio obteve um valor percentual igual a 48,6%.

Nesse interim, Irajpour *et al.* (2020), ao analisarem protocolos utilizados em cuidados paliativos, ressaltam a importância deste domínio para a diretriz, considerando o custo da elaboração da diretriz e o papel do domínio na facilitação do uso do protocolo. Para tanto, é preciso que a diretriz esclareça os recursos necessários para a aplicação das recomendações, seus facilitadores e barreiras à implementação e os critérios para o seu monitoramento, além de como será a capacitação dos profissionais que utilizarão tais indicações, viabilidade, o custo e a disponibilidade do tratamento^{30,34}.

4.6 Domínio 6 Independência editorial

Por fim, no último domínio, a diretriz da OMS obteve a maior nota (100%), pois informa o nome do órgão financiador e que este não influenciou nas recomendações da diretriz. Além disso, a diretriz apresenta de forma completa os tipos de conflitos de interesse, os métodos para identificação dos conflitos, a descrição dos mesmos e como estes influenciaram ou não no desenvolvimento do protocolo¹².

O diferencial da diretriz da OMS foi o uso de um formulário de Declaração de Interesse para cada membro do grupo de revisão externa e do grupo de desenvolvimento da diretriz. No protocolo, há o detalhamento do que foi feito a partir das respostas dos formulários e um resumo dos conflitos de interesses declarados pelos membros dos grupos e como estes foram manejados¹². Contudo, tais informações não estão presentes nos outros protocolos selecionados^{10,11,13,14}.

Em contrapartida, as diretrizes da Índia, da Colômbia e do Brasil não apresentaram nenhuma informação referente aos itens deste domínio, ocasionando no percentual igual a 0%^{10,11,14}. Já a diretriz do Paraguai (17%) apresentou de forma incompleta as informações sobre as fontes de financiamento, pois não declarou que o órgão financiador não influenciou o conteúdo da diretriz e não abordou nenhuma informação referente à identificação dos conflitos de interesses, seus tipos e como poderiam influenciar no protocolo¹³.

Logo, este domínio obteve a maior variação percentual, pois variou de 0% (Índia e Colômbia) a 100% (OMS). Tais variações demonstram disparidades no esclarecimento dos vieses, de possíveis conflitos de interesses e também sobre a influência de possíveis financiadores. No estudo de Castellani *et al.* (2015), percebe-se que, em geral, as diretrizes que possuem uma média baixa no domínio “independência editorial” também possuem uma média percentual baixa no domínio “rigor do desenvolvimento”²⁹, como também é visto nos resultados deste trabalho.

A baixa avaliação no domínio de independência editorial também foi observada em estudo de 2013 que avalia diretrizes de diabetes mellitus tipo 2 utilizando o AGREE II. Os autores relacionam o percentual baixo para este domínio a razões como: os desenvolvedores de diretrizes não apreciarem a importância dos conflitos de interesse e a possível influência na elaboração das recomendações finais da diretriz ou escolhem, de forma deliberada, não descrever os conflitos de interesse de forma transparente, impactando diretamente nas recomendações finais do protocolo¹⁸.

Portanto, percebe-se que, para a elaboração de diretrizes de qualidade e aplicáveis ao contexto clínico, é necessário considerar diversos fatores como o uso de métodos sistemáticos de busca de evidências, a seleção das evidências, a opinião da população alvo, os benefícios e efeitos colaterais dos tratamentos disponíveis, os possíveis conflitos de interesse e os fatores que influenciarão sua aplicação. Destaca-se que as diretrizes devem ser fonte de evidências de forma que forneçam subsídio científico para a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, por isso, devem ser formuladas com base no rigor metodológico e no uso das melhores evidências disponíveis³⁵.

Por fim, recomenda-se o uso das diretrizes da OMS, do Brasil e da Colômbia e, devido às notas menores que 30% no domínio “rigor e desenvolvimento”, as diretrizes do Paraguai e da Índia são classificadas como “não recomendadas”. Considerando os resultados obtidos, percebe-se que os domínios “independência editorial” e “rigor do desenvolvimento” obtiveram as menores notas, de acordo com a avaliação realizada. Dessa forma, estes domínios podem ser alvos focais de melhorias durante o desenvolvimento de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos.

Em relação ao domínio referente ao rigor do desenvolvimento, recomenda-se que os elaboradores de protocolos descrevam o método e a estratégia de busca utilizados, além de esclarecer as estratégias utilizadas para a realização da síntese das evidências de forma transparente. Além disso, sugere-se a descrição dos critérios de inclusão e exclusão das evidências e do processo de análise de vieses e limitações das evidências encontradas, de

forma que seja possível perceber uma conexão entre as recomendações e as evidências utilizadas.

A independência editorial também é um fator bastante relevante na elaboração de diretrizes³⁷ e este demonstrou as maiores falhas. Dessa forma, recomenda-se a realização da gestão de conflitos de interesse, como é demonstrado na diretriz da Organização Mundial da Saúde.

Tal gestão pode ser realizada por meio de formulários de declaração de interesse, nos quais os conflitos devem ser listados por todos os envolvidos na elaboração da diretriz. Em consonância, Goldim (2006) recomenda o detalhamento das fontes de financiamento, a apresentação dos vínculos institucionais dos desenvolvedores da diretriz, de forma a proteger os pesquisadores envolvidos e o público alvo do protocolo³⁸.

4.7 Limitações do trabalho

Dentre as limitações do trabalho, destacam-se as barreiras relacionadas ao idioma, o que impediu a avaliação da diretriz da Indonésia, país prioritário no combate à hanseníase segundo a OMS², e a limitação de acesso às diretrizes internacionais cujo sítio eletrônico era bloqueado.

Outro fator limitante é o fato de que a hanseníase é uma doença tropical negligenciada, com investimento de recursos limitados, inclusive para o desenvolvimento de diretrizes para o manejo da doença³⁹.

Além disso, a ferramenta AGREE II não aborda todos os aspectos relacionados à qualidade da evidência, omitindo de avaliar vieses como destacado por Sakalis *et al.* (2024)¹⁵.

Dessa forma, a ferramenta tem como foco a avaliação da qualidade do rigor metodológico e não a avaliação da qualidade das recomendações, sendo uma avaliação insuficiente para garantir que as recomendações são apropriadas e válidas³⁰. Ademais, uma das características do AGREE II é que todos os domínios possuem o mesmo valor. No entanto, há autores que pregam que o “rigor do desenvolvimento” deveria ser um dos domínios que deveriam possuir maior relevância em relação aos demais²³.

5 CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Brasil obtiveram as maiores médias percentuais. Também obtiveram as maiores notas percentuais no domínio “rigor do desenvolvimento”, sendo este considerado relevante para a qualidade das recomendações das diretrizes clínicas²², assim pode-se concluir que tais

diretrizes podem ser consideradas modelos para outros países, sendo importante para a avaliação da diretriz brasileira no cuidado de uma doença negligenciada como a hanseníase.

Por outro lado, as diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos para o manejo da hanseníase do Paraguai, da Índia e da Colômbia deveriam ser atualizadas de forma a recomendar o novo esquema terapêutico preconizado pela Organização Mundial da Saúde, isto é, a poliquimioterapia única, de forma que estejam em conformidade com o estabelecido mundialmente.

Percebe-se, ainda, a ausência de critérios metodológicos, sendo necessário que as equipes de desenvolvimento de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos utilizem métodos sistemáticos para a busca e síntese das evidências científicas, de forma que as recomendações sejam embasadas cientificamente.

Financiamento: O trabalho recebeu financiamento indireto do CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Epidemiologia: Saúde e Pesquisa - Volume 1. 2024.
2. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: Elimination of leprosy disease is possible – Time to act! Wkly Epidemiol Rec Relev épidémiologique Hebd [Internet]. 2024;99(37):501–21. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/weekly-epidemiological-record-wer-13-september-2024-vol-99-no-37-pp-497-522-enfr>
3. Agência Gov, Ministério da Saúde. Hanseníase: campanha chama atenção para importância do diagnóstico precoce [Internet]. Notícia / Saúde. 2025 [cited 2025 Jan 23]. Available from: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202501/hanseniasse-campanha-chama-atencao-para-importancia-do-diagnostico-precoce>
4. Organização Mundial da Saúde. Rumo à zero hanseníase Estratégia Global de Hanseníase. Vol. 1, World Health Organization. 2021.
5. Galvão CM, Sawada NO. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):57–60.
6. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate. 2018;42(118):594–605.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 17]. p. Ministério da Saúde. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
8. AGREE Research Trust. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. C Can Med Assoc J. 2010;182(18):839–42.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos [Internet]. Ministério da Saúde; 2021. 121 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_%0Aparecer_tecnico.1ed.pdf

10. Ministry of Health & Family Welfare. Central Leprosy Division. Disability Prevention & Medical Rehabilitation; Guidelines for Primary, Secondary and Tertiary Level Care. Ministry of Health & Family Welfare; 2012. 1–112 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Hanseníase Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [Internet]. 2022. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220711_Relatorio_749_PCDT_da_Hansenia_se_P67.pdf
12. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase. [Internet]. Organização Mundial da Saúde; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274127>
13. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Normas de Procedimientos Programa Nacional de Control de Lepra Paraguay [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015. 79 p. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/914011/manual_lepra_2015versionweb.PDF
14. Colombia. Ministerio de Salud. Guia De Atencion De la Fiebre Amarilla [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2013. 47 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/15Atencion de la Obesidad.pdf>
15. Sakalis V, Bhattacharya Y, Beyer K, Murray C, Smith EJ, Willemse PPM, et al. AGREE II Quality Assessment of National and International Clinical Practice Guidelines on Prostate Cancer Management by the OPTIMA Consortium. *Eur Urol Open Sci.* 2024;70:183–93.
16. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med (Baltim).* 2010;51(5):421–4.
17. Santana MTEA, Gómez-Batiste X, Silva LMG da, Gutiérrez MGR de. Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. *Einstein (Sao Paulo).* 2020;18:eAO5539.
18. Holmer HK, Ogden LA, Burda BU, Norris SL. Quality of Clinical Practice Guidelines for Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus. *PLoS One.* 2013;8(4):1–6.
19. Rao PN, Sujai Suneetha. Current Situation of Leprosy in India and its Future Implications. *Indian Dermatol Online J.* 2018;9(1):83–9.
20. Boletim Epidemiológico Doenças Tropicais Negligenciadas. 2021. 76 p.
21. Brasil RFG, da Silva MJ, Moura ERF. Evaluation of the clinical protocol quality for family planning services of people living with HIV/AIDS. *Rev da Esc Enferm.* 2018;52:1–8.
22. Chiappini E, Bortone B, Galli L, Martino M De. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: Systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. *BMJ Open.* 2017;7(7):1–10.
23. Gavriilidis P, Askari A, Roberts KJ, Sutcliffe RP. Appraisal of the current guidelines for management of cholangiocarcinoma—using the Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREE II) Instrument. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2020;9(2):126–35.
24. Kovačević T, Vrdoljak D, Petričević SJ, Buljan I, Sambunjak D, Krznarić Ž, et al. Factors Associated with the Quality and Transparency of National Guidelines: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15).
25. Brasil. Câmara dos Deputados Centro de Documentação e Informação. A Presidenta da Republica. 2012; Available from: <https://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/633822>.

26. Tunnicliffe DJ, Singh-Grewal D, Kim S, Craig JC, Tong A. Diagnosis, Monitoring, and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Arthritis Care Res.* 2015;67(10):1440–52.
27. Zhang J, Xu J, Zhang W, Jiang M, Liu J, Xu L, et al. Quality Appraisal of Guidelines on Cancer-Associated Thrombosis Using AGREE II Instrument and Analysis of Current Status of New Oral Anticoagulants. *Clin Appl Thromb.* 2019;25.
28. Dos Santos ROM, De Abreu MM, Engstrom EM. Shared decision-making in clinical cancer guidelines. *Rev Bioet.* 2020;28(2):265–75.
29. Castellani A, Giralda F, Barbui C. Rigour of development of clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of bipolar disorder: Systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;174:45–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.032>
30. Feitosa MC, da Costa Leite PHA, Costa JH, Hökerberg YHM. Methodological quality assessment of guidelines for surveillance and clinical management of dengue and chikungunya. *Cad Saude Publica.* 2020;36(7).
31. Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, De Vasconcellos MTL. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(2):253–66.
32. Gagnon MP, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Simard C, Rhainds M, et al. Introducing patient perspective in health technology assessment at the local level. *BMC Health Serv Res.* 2009;9.
33. Feleszko. Preschool wheezing and asthma in children: A systematic review of guidelines and quality appraisal with the AGREE II instrument. *Pediatr Allergy Immunol.* 2021;32(1):92–105.
34. Irajpour A, Hashemi M, Taleghani F. The quality of guidelines on the end-of-life care: a systematic quality appraisal using AGREE II instrument. *Support Care Cancer.* 2020;28(4):1555–61.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas - sistema GRADE - manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Vol. 33, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2014. 924–926 p.
36. Lester GM, Wilson WJ, Timmer BHB, Ladwa RM. Audiological ototoxicity monitoring guidelines: a review of current evidence and appraisal of quality using the AGREE II tool. *Int J Audiol* [Internet]. 2023;63(10):747–52. Available from: <https://doi.org/10.1080/14992027.2023.2278018>
37. Philip R, Janssen C, Jose A, Beaney T, Clarke J. An assessment of variation in quality of hypertension guidelines across income settings using the AGREE II tool. *Wellcome Open Res.* 2024;9.
38. Zhang L, Li J, Xie R, Zeng L, Chen W, Li H. Osteoporosis guidelines on TCM drug therapies: a systematic quality evaluation and content analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023;14(January).
39. Deps P, Cruz A. Why we should stop using the word leprosy. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(4):e75–8.

Análise do consumo alimentar da população de um município no estado do Paraná e sua relação com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Analysis of food consumption of the population in a municipality in the state of Paraná and its relationship with Non-Communicable Chronic Diseases

Análisis del consumo alimentario de la población de un municipio en el estado de Paraná y su relación con Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Helena Dalazoana Mielke¹

Nayara Cristina Milane²

²Universidade Estadual de Ponta Grossa, UEPG

RESUMO

Objetivo: Este estudo analisou o consumo alimentar de adultos atendidos pelo sistema público de saúde de um município do estado do Paraná e sua relação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), referentes ao ano de 2024. Foram analisados registros de 3.787 indivíduos adultos, entre 18 e 60 anos, considerando marcadores de consumo alimentar relacionados à ingestão de feijão, frutas, verduras e legumes, bebidas adoçadas, hambúrgueres e embutidos, macarrão instantâneo e doces ultraprocessados. Os dados foram analisados por meio do Teste Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se elevada frequência de consumo de alimentos ultraprocessados (85,93%) e bebidas adoçadas (76,05%), além de baixa ingestão de frutas (38,68%), especialmente entre os homens (26,19%). Apenas o consumo de frutas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,017$). **Conclusão:** Os achados evidenciam padrões alimentares associados ao risco de DCNTs e reforçam a necessidade de estratégias de promoção da alimentação saudável e redução do consumo de ultraprocessados. Conclui-se que ações de educação alimentar e nutricional e políticas públicas voltadas à alimentação adequada podem contribuir para a prevenção de DCNTs e melhoria das condições de saúde da população.

Palavras-chave: Ingestão de Alimentos. Doenças não Transmissíveis. Alimento Processado. Vigilância Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

Objective: This study analyzed the dietary consumption of adults assisted by the public health system in a municipality in the state of Paraná, Brazil, and its relationship with Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs). **Methods:** This is a quantitative, descriptive, and cross-sectional study based on secondary data from the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) for 2024. Records from 3,787 adults aged 18 to 60 years were analyzed,

considering food consumption markers for beans, fruits, vegetables, sweetened beverages, hamburgers and processed meats, instant noodles, and ultra-processed sweets. Data were analyzed using Fisher's Exact Test, adopting a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** A high frequency of consumption of ultra-processed foods (85.93%) and sweetened beverages (76.05%) was observed, along with low fruit intake (38.68%), especially among men (26.19%). Only fruit consumption showed a statistically significant difference between sexes ($p = 0.017$). **Conclusion:** The findings indicate dietary patterns associated with increased risk of NCDs and reinforce the need for strategies to promote healthy eating and reduce ultra-processed food consumption. It is concluded that food and nutrition education actions, along with public policies focused on healthy eating, may contribute to the prevention of NCDs and to the improvement of population health.

Keywords: Eating. Noncommunicable Diseases. Food, Processed. Food and Nutritional Surveillance.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio analizó el consumo alimentario de adultos atendidos por el sistema público de salud de un municipio del estado de Paraná, Brasil, y su relación con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado a partir de datos secundarios del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), correspondientes al año 2024. Fueron analizados registros de 3.787 adultos de entre 18 y 60 años, considerando marcadores de consumo alimentario relacionados con la ingesta de frijoles, frutas, verduras y hortalizas, bebidas azucaradas, hamburguesas y embutidos, fideos instantáneos y dulces ultraprocesados. Los datos fueron analizados mediante la prueba exacta de Fisher, adoptándose un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Se observó una elevada frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados (85,93%) y bebidas azucaradas (76,05%), además de un bajo consumo de frutas (38,68%), especialmente entre los hombres (26,19%). Solo el consumo de frutas presentó diferencia estadísticamente significativa entre los sexos ($p = 0,017$). **Conclusión:** Los hallazgos evidencian patrones alimentarios asociados al riesgo de ECNT y refuerzan la necesidad de estrategias orientadas a la promoción de una alimentación saludable y a la reducción del consumo de ultraprocesados. Se concluye que las acciones de educación alimentaria y nutricional, junto con políticas públicas dirigidas a la alimentación saludable, pueden contribuir a la prevención de las ECNT y a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Palavras-chave: Ingesta de Alimentos. Enfermedades No Transmisibles. Alimento Procesado. Vigilancia Alimentaria y Nutricional.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde pública da atualidade, sendo responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade em todo o mundo. Entre as principais DCNTs destacam-se o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, as doenças cardiovasculares e a obesidade,

condições fortemente relacionadas aos hábitos alimentares e ao estilo de vida da população. Fatores comportamentais, socioeconômicos e culturais influenciam diretamente as escolhas alimentares e podem contribuir tanto para a prevenção quanto para o desenvolvimento dessas doenças.¹

Os comportamentos alimentares individuais e familiares exercem papel importante na qualidade da alimentação, envolvendo aspectos relacionados à frequência das refeições, ambiente alimentar, sedentarismo e distrações durante as refeições, como o uso de dispositivos eletrônicos e televisão. Além disso, fatores como baixa renda, insegurança alimentar, consumo excessivo de álcool e reduzida prática de atividade física podem favorecer hábitos alimentares inadequados e aumentar o risco de DCNTs.¹

Kimokoti e Millen³ identificaram baixa adesão da população adulta a estilos de vida considerados protetores para as DCNTs, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e manutenção do peso corporal adequado. Segundo Malta et al.⁴, em 2023 as DCNTs foram responsáveis por aproximadamente 41 milhões de mortes anuais, representando cerca de 71% dos óbitos no mundo.⁴

Nas últimas décadas, a transição nutricional tem favorecido a substituição de alimentos in natura e minimamente processados por produtos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras, sódio e aditivos químicos. Esse padrão alimentar tem sido associado ao aumento da prevalência de DCNTs e à piora dos indicadores de saúde da população.⁵ O padrão alimentar ocidental, caracterizado pelo elevado consumo de carnes vermelhas, bebidas açucaradas, sobremesas industrializadas, alimentos ricos em gordura e grãos refinados, tem sido cada vez mais frequente. Em contrapartida, padrões alimentares considerados mais saudáveis, como a dieta mediterrânea, baseada no consumo de frutas, vegetais, cereais integrais, azeite de oliva e alimentos minimamente processados, têm apresentado menor adesão entre a população.^{5 13}

Aspectos socioeconômicos também exercem importante influência sobre o consumo alimentar. Populações em situação de vulnerabilidade tendem a apresentar maior consumo de produtos ultraprocessados devido ao menor custo, maior acessibilidade e praticidade desses alimentos. Além disso, limitações relacionadas à segurança alimentar e ao acesso à informação podem contribuir para escolhas alimentares inadequadas.⁶ O elevado consumo desses produtos está relacionado ao aumento do risco de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e outras DCNTs.³

Nesse contexto, destaca-se a importância das recomendações presentes no Guia Alimentar para a População Brasileira, que orienta a população a priorizar o consumo de

alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, feijões, ovos e carnes frescas. O documento recomenda que alimentos processados sejam consumidos com moderação e que produtos ultraprocessados sejam evitados, devido ao baixo valor nutricional e à elevada quantidade de açúcares, gorduras e sódio presentes nesses produtos.⁷

Apesar da ampla discussão sobre alimentação e DCNTs no Brasil, ainda são limitados os estudos locais que utilizam dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para investigar os hábitos alimentares da população adulta atendida na Atenção Primária à Saúde, especialmente em municípios do interior do Paraná. Essa lacuna limita a compreensão das especificidades regionais relacionadas ao consumo alimentar e seus impactos sobre as DCNTs, dificultando o planejamento de estratégias mais direcionadas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, a análise dos marcadores de consumo alimentar torna-se relevante para subsidiar ações de vigilância alimentar e nutricional e fortalecer políticas públicas voltadas à alimentação adequada e saudável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

Diante disso, este estudo objetivou analisar o consumo de alimentos in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados entre adultos atendidos pelo sistema público de saúde de um município do estado do Paraná, bem como discutir sua relação com as DCNTs.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado a partir de dados secundários provenientes do SISVAN.

Os dados foram obtidos por meio dos relatórios públicos de consumo alimentar disponíveis no SISVAN Web, referentes ao ano de 2024. O SISVAN integra as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional do SUS e permite o monitoramento do perfil alimentar e nutricional da população acompanhada na Atenção Primária à Saúde.

Foram incluídos no estudo indivíduos adultos, com idade entre 18 e 60 anos, que apresentavam registros completos de consumo alimentar no período analisado. Foram excluídos registros duplicados, incompletos ou sem informações referentes às variáveis investigadas.

A amostra foi composta por 3.787 indivíduos residentes em um município do estado do Paraná, sendo 84 homens e 3.703 mulheres. Observou-se predominância de registros do sexo feminino no sistema, aspecto que pode estar relacionado à maior procura das mulheres

pelos serviços de saúde e acompanhamento nutricional, característica frequentemente observada em estudos com dados provenientes de sistemas de vigilância em saúde.⁹

As variáveis analisadas corresponderam ao consumo, no dia anterior à entrevista, dos seguintes grupos alimentares: feijão; frutas; verduras e legumes; hambúrgueres e embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo; alimentos ultraprocessados; e biscoitos recheados, doces ou guloseimas. Para análise, as variáveis foram categorizadas conforme presença ou ausência de consumo alimentar relatado.

Os dados foram organizados e tabulados no Microsoft Excel®. Posteriormente, realizou-se análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas do consumo alimentar entre homens e mulheres.

Para análise estatística inferencial, utilizou-se o Teste Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$), com o objetivo de verificar possíveis associações entre sexo e consumo alimentar. A escolha do teste justificou-se pela distribuição assimétrica da amostra entre homens e mulheres e pela presença de frequências esperadas reduzidas em algumas categorias analisadas.

Por se tratar de pesquisa realizada com dados secundários, públicos, agregados e sem identificação individual dos participantes, o estudo dispensou apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 3.787 indivíduos adultos atendidos pelo sistema público de saúde de um município do estado do Paraná, com predominância de registros do sexo feminino. A caracterização da amostra e os marcadores de consumo alimentar encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Consumo alimentar de adultos do município de Ponta Grossa-PR, de acordo com os marcadores de consumo alimentar

Grupos / Alimentos	Homens (n=84)		Mulheres (n=3.703)		Total (n=3787)	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de feijão	69	82,14%	3139	87,77%	3208	84,71%

				38,90		38,68
Consumo de frutas	22	26,19%	1443	%	1465	%
				77,77		77,79
Consumo de verduras e legumes	66	78,57%	2880	%	2946	%
Consumo de alimentos				85,98		85,93
ultraprocessados	70	83,33%	3184	%	3254	%
Consumo de				41,21		41,19
hambúrguer/embutidos	34	40,48%	1526	%	1560	%
				76,10		76,05
Consumo de bebidas adoçadas	62	73,81%	2818	%	2880	%
				14,58		14,47
Consumo de macarrão instantâneo	8	9,52%	540	%	548	%
Biscoitos recheados, doces ou				45,15		45,10
guloseimas	36	42,86%	1672	%	1708	%

Fonte: Sisvan (2025)

Observou-se elevado consumo de feijão e verduras/legumes entre os participantes, evidenciando a permanência de alimentos tradicionalmente presentes na alimentação da população brasileira. Em contrapartida, verificou-se elevada ingestão de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas, além de baixa ingestão de frutas, especialmente entre os homens.

O consumo frequente de feijão identificado neste estudo reforça a importância desse alimento no padrão alimentar da população brasileira, devido ao seu valor nutricional e à presença de fibras, proteínas vegetais, vitaminas e minerais. O consumo regular de feijão está associado à prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes mellitus tipo 2 devido a seu valor nutricional.^{8 12}

Em relação ao consumo de frutas, identificou-se baixa ingestão, principalmente entre os homens. Esse achado merece atenção, considerando que as frutas constituem importante fonte de fibras, vitaminas, minerais e compostos antioxidantes, nutrientes relacionados à prevenção das DCNTs. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda a priorização de alimentos in natura e minimamente processados como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças.⁷

O menor consumo de frutas entre os homens também foi observado por Hallal et al.⁸

em análise dos dados do Vigitel, na qual indivíduos do sexo masculino apresentaram menor frequência de consumo regular de frutas e hortaliças quando comparados às mulheres. Esse comportamento pode estar relacionado a fatores socioculturais, menor procura pelos serviços de saúde e menor adesão masculina às práticas preventivas e de alimentação saudável.⁹

Os resultados também evidenciaram elevada ingestão de alimentos ultraprocessados, bebidas adoçadas, hambúrgueres e embutidos, evidenciando mudanças importantes no perfil alimentar da população. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, os alimentos ultraprocessados apresentam elevada densidade energética, excesso de açúcares, gorduras saturadas, sódio e aditivos químicos, além de baixo valor nutricional, estando associados ao aumento do risco de obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares.^{7 11}

Aspectos socioeconômicos podem influenciar diretamente os hábitos alimentares observados neste estudo. A maior acessibilidade, praticidade e menor custo relativo dos produtos ultraprocessados favorecem seu consumo, especialmente em populações socialmente vulneráveis.⁶ Além disso, fatores culturais, rotina de trabalho e acesso limitado à informação nutricional podem contribuir para escolhas alimentares menos saudáveis.³

Para avaliar possíveis diferenças entre os sexos em relação aos marcadores de consumo alimentar, realizou-se o Teste Exato de Fisher, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Análise da relação entre consumo por sexo

Grupos / Alimentos	Teste Exato de
	Fisher (<i>p</i>)
Consumo de feijão	0,530
Consumo de frutas	0,017
Consumo de verduras e legumes	1,000
Consumo de alimentos ultraprocessados	0,520
Consumo de hambúrguer/embutidos	0,910
Consumo de bebidas adoçadas	0,600
Consumo de macarrão instantâneo	0,270
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas	0,730

Fonte: Autoria Própria (2025)

Entre os grupos alimentares analisados, apenas o consumo de frutas apresentou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p=0,017$), indicando maior frequência de consumo entre as mulheres. Esse resultado pode estar relacionado a diferenças comportamentais e socioculturais entre os sexos. Mulheres tendem a apresentar maior preocupação com alimentação saudável, maior adesão às práticas preventivas e maior procura pelos serviços de saúde quando comparadas aos homens.⁹

Em contrapartida, indivíduos do sexo masculino frequentemente apresentam maior consumo de alimentos com elevada densidade energética e menor ingestão de alimentos in natura, especialmente frutas e hortaliças.⁹ Esse padrão alimentar pode contribuir para o aumento do risco de DCNTs, considerando a importância das frutas na oferta de fibras, vitaminas, minerais e compostos antioxidantes relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças.⁷

Os demais grupos alimentares não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Entretanto, o elevado consumo de alimentos ultraprocessados observado na população estudada merece atenção, devido à sua associação com obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares.^{4 7}

A predominância de registros femininos observada neste estudo pode estar relacionada à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde e acompanhamento nutricional, aspecto frequentemente identificado em pesquisas realizadas com dados provenientes de sistemas de vigilância em saúde. Apesar da diferença na distribuição da amostra, os resultados contribuem para o entendimento dos hábitos alimentares da população atendida pelo sistema público de saúde e reforçam a importância de ações voltadas à promoção da alimentação saudável e prevenção das DCNTs.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de alimentação e nutrição, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com incentivo ao consumo de alimentos in natura e minimamente processados e redução da ingestão de produtos ultraprocessados. Estratégias de educação alimentar e nutricional podem contribuir para a melhoria dos hábitos alimentares e redução do impacto das DCNTs na população.

3.1 DCNTs e sua relação com a alimentação

As DCNTs representam um importante problema de saúde pública e estão fortemente relacionadas a fatores modificáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo e excesso de

peso.⁴ Nas últimas décadas, a transição nutricional observada no Brasil tem favorecido o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e a redução da ingestão de alimentos in natura e minimamente processados, contribuindo para o crescimento da obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares.⁵

Os resultados deste estudo evidenciaram elevado consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas entre os participantes, aspecto preocupante devido à associação desses produtos com piora da qualidade da alimentação e maior risco de DCNTs. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, alimentos ultraprocessados apresentam elevada densidade energética e excesso de açúcares, gorduras saturadas, sódio e aditivos químicos, além de reduzido valor nutricional.⁷

O consumo frequente desses produtos pode favorecer alterações metabólicas importantes, como resistência à insulina, aumento do peso corporal e elevação da pressão arterial, fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 e da hipertensão arterial sistêmica.^{4 14} Além disso, dietas pobres em frutas, verduras e legumes reduzem a ingestão de fibras, vitaminas, minerais e compostos antioxidantes, nutrientes fundamentais para a prevenção de DCNTs.⁷

Neste estudo, observou-se baixa ingestão de frutas, especialmente entre os homens, resultado semelhante ao encontrado em pesquisas nacionais sobre comportamento alimentar da população adulta brasileira.^{8 9} Esse padrão alimentar reforça a necessidade de estratégias de educação alimentar e nutricional voltadas à promoção do consumo de alimentos in natura e minimamente processados.

Apesar da elevada ingestão de produtos ultraprocessados, verificou-se importante consumo de feijão, verduras e legumes, evidenciando a permanência de alimentos tradicionais na alimentação da população estudada. Esses alimentos apresentam relevante valor nutricional e estão associados à proteção contra doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes mellitus tipo 2.^{7 8}

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam a importância do fortalecimento das políticas públicas de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio de ações de promoção da alimentação saudável e prevenção das DCNTs.

4 CONCLUSÃO

Este estudo analisou o consumo alimentar de adultos atendidos pelo sistema público de saúde de um município do estado do Paraná e sua relação com as DCNTs. Os resultados

evidenciaram elevado consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas, associado à baixa ingestão de frutas, especialmente entre os homens. Entre os grupos alimentares analisados, apenas o consumo de frutas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, indicando maior frequência de consumo entre as mulheres.

Observou-se também importante consumo de feijão, verduras e legumes, evidenciando a permanência de alimentos tradicionais no padrão alimentar da população estudada, apesar das mudanças relacionadas à transição nutricional.

Os achados reforçam a preocupação com os impactos dos hábitos alimentares inadequados sobre o desenvolvimento das DCNTs, especialmente obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares. Nesse contexto, destaca-se a importância do fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável e educação alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O estudo apresenta algumas limitações, principalmente por utilizar dados secundários provenientes do SISVAN, o que pode restringir a análise detalhada do consumo alimentar, uma vez que não foram avaliadas informações relacionadas à frequência, quantidade e padrão habitual de ingestão dos alimentos. Além disso, não foram investigadas outras variáveis potencialmente associadas às DCNTs, como prática de atividade física, renda e escolaridade.

Diante disso, recomenda-se a realização de estudos futuros que investiguem a relação entre consumo alimentar, condições socioeconômicas e ocorrência de DCNTs, bem como pesquisas longitudinais que permitam acompanhar a evolução dos hábitos alimentares da população ao longo do tempo. Tais investigações podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

1. Silva EA, Moreira NF, Muraro AP, Souza APA, Ferreira MG, Rodrigues PRM. Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados na população brasileira: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(Suppl 2):E190024.
2. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr.* 2008;21(6):739-48.
3. Kimokoti RW, Millen BE. Nutrition for the prevention of chronic diseases. *Med Clin North Am.* 2016;100(6):1185-98.
4. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco no Brasil: avanços e desafios atuais. *Cien Saude Colet.* 2023;28(1):7-20.
5. Mazza E, Fava A, Ferro Y, Gazzaruso C, Punzo G, Sesti G, et al. Mediterranean diet in healthy aging. *J Nutr Health Aging.* 2021;25(9):1076-83.
6. Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in

- diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutr Rev.* 2015;73(10):643-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 8. Oliveira AMC, Macedo JP, Melo B, Figueiredo H, Monteiro R. Produção de alimentos na base do feijão-caupi (*Vigna unguiculata*): importância nutricional e benefícios para a saúde. *Res Soc Dev.* 2021;10(14):e56101416054.
 9. Jaime PC, Malta DC, Bernal RTI, Oliveira M. Consumo de frutas e hortaliças em adultos brasileiros: tendência temporal e desigualdades sociodemográficas: Vigitel 2008-2016. *Cien Saude Colet.* 2018;23(12):4175-88.
 10. Santin F, Louzada MLC, Levy RB, Azeredo CM, Martins APB, Claro RM. Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cad Saude Publica.* 2022;38(Suppl 1):e00118821.
 11. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-74.
 12. Panuganti KK, Nguyen M, Kshirsagar RK. Obesity. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2026 May 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459357/>
 13. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Bonanni A, Costanzo S, De Lucia F, Persichillo M, et al. Challenges to the Mediterranean diet at a time of economic crisis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2016;26(12):1057-63.
 14. Milane NC, Kotovei M. Padrão do consumo alimentar em pacientes com diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 atendidos em uma unidade básica de saúde. *Rev Bras Educ Cult.* 2025;16(1). Available from: <https://periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura/article/view/623>

Impacto da pandemia Covid-19 no comportamento e no consumo alimentar de trabalhadores e profissionais da área da saúde

Impact of the Covid-19 pandemic on the behavior and food consumption of healthcare workers and professionals

Impacto de la pandemia de Covid-19 en el comportamiento y el consumo alimentario de trabajadores y profesionales de la salud

**Luciana Marcolino Cavalcante¹
Eloise Cristiane da Silva Oliveira²
Carla Juliane Martins Rodrigues³
Sabrina Daniela Lopes Viana⁴**

¹Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

²Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

³Instituto de Psicologia-USP, IPUSP

⁴Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 aumentou a carga de trabalho nos serviços de saúde, impactando os níveis de estresse, a saúde, o estilo de vida e o consumo alimentar. **Objetivo:** Avaliar o impacto da pandemia no comportamento e no consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 111 indivíduos, utilizando amostragem não probabilística do tipo bola de neve. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico contendo caracterização sociodemográfica, questionário de avaliação do consumo alimentar e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Resultados:** Durante a pandemia, 68,47% dos participantes apresentaram alteração no peso corporal, sendo que 51,35% relataram ganho de peso. Observa-se aumento do consumo alimentar em quantidade e volume para 54,95% dos participantes, maior preferência por alimentos ultraprocessados e redução na frequência de consumo de frutas, legumes e verduras. Cerca de 13,51% apresentaram indícios de transtorno de compulsão alimentar periódica. **Conclusão:** A pandemia impactou negativamente o comportamento e o consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde, com destaque para o aumento do peso corporal, especialmente entre mulheres e indivíduos com compulsão alimentar.

Palavras-chave: Coronavírus; Pandemia; Consumo Alimentar; Comportamento Alimentar; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic increased the workload in health services, affecting stress levels, health, lifestyle, and food consumption. **Objective:** To assess the impact of the pandemic on the behavior and food consumption of health professionals and workers. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 111 individuals, using non-probabilistic snowball sampling. Data collection was carried out through an electronic form including sociodemographic characteristics, a food consumption assessment questionnaire, and the Binge Eating Scale (BES). **Results:** During the pandemic, 68.47% of participants experienced changes in body weight, with 51.35% reporting weight gain. An increase in food consumption in quantity and volume was observed in 54.95% of participants, along with greater preference for ultra-processed foods and reduced consumption of fruits and vegetables. About 13.51% showed signs of binge eating disorder. **Conclusion:** The pandemic negatively impacted eating behavior and food consumption among health professionals and workers, with increased body weight, especially among women and individuals with binge eating disorder.

Keywords: Coronavirus. Pandemic. Food consumption. Eating Behavior. Health Professionals.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 aumentó la carga de trabajo en los servicios de salud, afectando los niveles de estrés, la salud, el estilo de vida y el consumo alimentario. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la pandemia en el comportamiento y el consumo alimentario de profesionales y trabajadores del área de la salud. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado con 111 individuos, utilizando muestreo no probabilístico tipo bola de nieve. La recolección de datos se realizó mediante un formulario electrónico que incluía caracterización sociodemográfica, cuestionario de evaluación del consumo alimentario y la Escala de Compulsión Alimentaria Periódica. **Resultados:** Durante la pandemia, el 68,47% de los participantes presentaron cambios en su peso corporal, de los cuales el 51,35% reportaron aumento de peso. Se observa un incremento en el consumo alimentario en cantidad y volumen en el 54,95% de los participantes, mayor preferencia por alimentos ultraprocesados y disminución en el consumo de frutas, verduras y hortalizas. Aproximadamente el 13,51% presentó indicios de trastorno por compulsión alimentaria periódica. **Conclusión:** La pandemia impactó negativamente el comportamiento y el consumo alimentario de los profesionales y trabajadores del área de la salud, con aumento del peso corporal, especialmente entre mujeres e individuos con trastorno de compulsión alimentaria.

Palabras-clave: Coronavirus. Pandemia. Consumo de alimentos. Comportamiento alimentario. Profesionales de la salud.

1 INTRODUÇÃO

No dia 11 de fevereiro de 2020, a doença infecciosa denominada COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Inicialmente detectada na cidade de Wuhan, na China, espalhou-se para todos os continentes e afetou mais de 190 países, com 524.339.768 casos registrados e 6.281.260 óbitos em

decorrência da doença¹. No Brasil, de acordo com o Painel Coronavírus, site do governo federal, até junho de 2022, foram registrados 31.019.038 casos e 666.676 mortes².

Quando a pandemia foi declarada, diversas iniciativas foram tomadas na tentativa de conter a propagação do vírus, que até então não possuía medidas profiláticas eficazes. Somente no final de 2020 e mais intensamente em 2021 começaram as campanhas de vacinação da população. As primeiras medidas adotadas foram o distanciamento social, a higienização constante das mãos com álcool 70% e água e sabão, o uso de máscaras, a paralisação de atividades consideradas não essenciais e, em algumas cidades, a paralisação total, conhecida como lockdown³.

Os efeitos dessas medidas foram percebidos conforme a aceitação e aderência da população. No caso do Brasil, podemos destacar o aumento do número de casos devido ao descumprimento dessas medidas, o que resultou no colapso dos hospitais e unidades de pronto atendimento, que não tinham capacidade para atender à quantidade expressiva de internações⁴. As condições de dimensões continentais, desigualdade populacional e má distribuição dos recursos de saúde agravaram a situação, impedindo que as medidas de distanciamento fossem efetivamente acatadas pela população em geral⁵.

Nesse contexto, encontravam-se as equipes de profissionais e trabalhadores da área da saúde, que foram incluídos entre o grupo de risco por estarem diretamente envolvidos no enfrentamento da doença, tornando-se, portanto, mais suscetíveis à contaminação. Esses profissionais também enfrentaram longas jornadas de trabalho, estresse devido às condições laborais, falta de estrutura em grande parte das unidades de saúde, escassez de mão de obra e os efeitos psicológicos e emocionais causados pela doença infecciosa e potencialmente letal⁶.

Esses fatores afetaram a saúde da população em geral, causando mudanças no estilo de vida, especialmente em relação ao consumo alimentar. Estudos realizados na Polônia⁷ e na França⁸ avaliaram alterações no comportamento alimentar da população, como o consumo de alimentos, a prática de atividades físicas, entre outros, durante o período de isolamento social. Em ambos os estudos, foi identificado um aumento de peso em pessoas com tendência à obesidade e perda de peso em pessoas com tendência à magreza.

Em um estudo realizado no Reino Unido, durante o isolamento social causado pela pandemia do COVID-19, identificou-se que, em média, um terço do grupo pesquisado teve alterações significativas no consumo alimentar⁹. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos observou alterações na alimentação da população logo nos primeiros meses da pandemia, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e de maior densidade energética, como batata frita, pipoca, chocolate e sorvete¹⁰.

No Brasil, uma pesquisa realizada pela UNICEF em parceria com o IBOPE indicou que 49% da população maior de 18 anos teve mudanças no consumo alimentar. Entre os brasileiros que relataram alterações, 23% confirmaram o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, como macarrão instantâneo, biscoitos recheados, chocolates e alimentos enlatados. Além disso, 16% dos entrevistados aumentaram a ingestão de alimentos preparados em restaurantes fast food, como hambúrgueres, esfirras e pizzas¹¹.

Diante desse cenário, o objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da pandemia no comportamento e no consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde. Assim, pretende-se subsidiar dados pós-pandemia que ainda são úteis para analisar as consequências a longo prazo, especialmente em relação aos hábitos alimentares e às políticas públicas de saúde voltadas para o setor, bem como promover reflexões sobre a importância de medidas de suporte psicossocial para esses profissionais em tempos de crise sanitária global.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, aplicado a dois públicos: profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, e trabalhadores que não têm formação na área, mas atuam nos serviços de saúde, como recepcionistas, copeiros, auxiliares de limpeza e segurança. A pesquisa foi iniciada em novembro de 2021 e finalizada em março de 2022. No total, participaram 111 profissionais e trabalhadores de serviços de saúde de São Paulo e Grande São Paulo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNASP sob o parecer nº 5.026.927 e CAAE nº 52248221.1.0000.5377. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: concordar e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser maior de 18 anos e estar trabalhando na área da saúde tanto no período pré-pandêmico quanto durante a pandemia.

A seleção dos participantes seguiu a técnica conhecida no Brasil como "amostragem em bola de neve"¹². Foi criado um questionário eletrônico, respondido a partir da plataforma online Google Forms®, com QR code e link de acesso disponibilizados. Inicialmente, foram convidados profissionais com os quais as autoras tinham contato. Estes, por sua vez, enviaram o link para colegas de profissão que também atuavam em serviços de saúde em São Paulo.

Os efeitos da pandemia no comportamento e consumo alimentar do grupo pesquisado foram investigados por meio de pesquisa online, utilizando questionários estruturados que incluíam a caracterização sociodemográfica, o Questionário de Avaliação do Consumo

Alimentar¹³ e o Questionário sobre o Comportamento Alimentar¹⁴.

O Questionário de Avaliação do Consumo Alimentar foi baseado no "Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira", criado pelo Ministério da Saúde¹³, e avalia a frequência de consumo das quatro categorias de alimentos indicadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁵.

Para avaliar características do comportamento alimentar, foi utilizado o Questionário de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP. A ECAP é um questionário autoaplicável, desenvolvido por Gormally et al.¹⁶ traduzido e adaptado para o português por Freitas et al.¹⁴ utilizado para discriminar indivíduos de acordo com a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP).

As respostas do formulário online foram tabuladas na plataforma Google Docs, e transferidas para uma planilha do software Microsoft Excel®. Posteriormente, os dados foram exportados para software "PSPP", onde foram realizadas as análises estatísticas descritivas (frequências, mínimo, média, máximo e desvio padrão - DP), teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e testes estatísticos paramétricos (Teste T e ANOVA), com intervalo de confiança de 95% e p-valor < 0,05.

Ressalta-se que a amostragem por bola de neve pode limitar a representatividade da amostra, uma vez que depende das redes de contato dos participantes.

3 RESULTADOS

A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos participantes: 76,58% (N = 85) eram do sexo feminino e 72,08% (N = 80) tinham idade entre 18 e 39 anos. Em relação à escolaridade e renda: 62,16% (N = 69) dos pesquisados possuíam nível superior e 51,35% (N = 57) remuneração entre um e três salários-mínimos (R\$ 1.100 a R\$ 3.299). A escala de trabalho predominante foi 5 x 2 com 51,35% (N = 57). Majoritariamente estes profissionais e trabalhadores residiam em São Paulo-SP e Grande São Paulo correspondendo a 88,28% (N = 98) da amostra e 68,47% (N = 76) trabalhavam em instituições privadas.

O público-alvo foi dividido em duas categorias: 67,57% (N = 75) eram profissionais de saúde (aqueles com formação na área de saúde) e 32,43% (N = 36) trabalhadores da área de saúde (aqueles com funções administrativas e organizacionais dentro das unidades de saúde). As profissões ou funções com maior participação na pesquisa foram: nutricionista (22,52%); recepcionista e telefonista (13,51%); auxiliar administrativo (10,81%); técnico de enfermagem (10,81%), enfermeiro (7,21%) e fisioterapeuta (7,21%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de profissionais e trabalhadores da área da saúde, em São Paulo-SP e Grande São Paulo, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Feminino	85 (76,58)
Masculino	26 (23,42)
Faixa etária	
18 a 29 anos	41 (36,94)
30 a 39 anos	39 (35,14)
40 a 49 anos	20 (18,02)
50 a 59 anos	8 (7,21)
60 a 69 anos	3 (2,70)
Estado civil	
Solteiro	46 (41,44)
Casado	54 (48,65)
Divorciado	3 (2,70)
União estável	7 (6,31)
Viúvo	1 (0,9)
Turno / escala de trabalho	
Escala 12 por 36	23 (20,72)
Escala 5 por 1	1 (0,9)
Escala 5 por 2	57 (51,35)
Escala 6 por 1	13 (11,71)
Escala 12 por 60	5 (4,5)
Outros	12 (10,81)
Renda	
Menos de 1 salário-mínimo (R\$ 1.099)	7 (6,31)
1 a 3 salários-mínimos (R\$ 1.100 a R\$ 3.299)	57 (51,35)
3 a 5 salários-mínimos (R\$ 3.330 a R\$ 5.499)	25 (22,52)
5 a 10 salários-mínimos (R\$ 5.500 a R\$ 10.999)	13 (11,71)
acima de 10 salários-mínimos (acima de R\$ 11.000)	9 (8,11)
Grau de escolaridade	
Ensino fund. Completo	2 (1,8)
Ensino médio completo	19 (17,12)
Superior incompleto	21 (18,92)
Superior completo	20 (18,02)

Pós-graduação/especialização	44 (39,64)
Mestrado	4 (3,6)
Doutorado	1 (0,9)
Cidade	
São Paulo e grande São Paulo	98 (88,28)
Outros estados	13 (11,72)
Instituição	
Público	35 (31,53)
Privada	76 (68,47)
Profissão	
Agente comunitário de saúde	3 (2,70)
Auxiliar de cozinha/cozinheiro/copeiro	3 (2,70)
Auxiliar de escritório/administrativo	12 (10,81)
Auxiliar de limpeza/rouparia	5 (4,50)
Enfermeiro	8 (7,21)
Farmacêutico	2 (1,80)
Fisioterapeuta	8 (7,21)
Médico	7 (6,31)
Nutricionista	25 (22,52)
Outros profissionais de saúde	3 (2,70)
Psicólogo	7 (6,31)
Recepcionista/telefonista	15 (13,51)
Segurança	1 (0,90)
Técnico de enfermagem	12 (10,81)
Profissionais e trabalhadores	
Profissionais (com formação na área da saúde)	75 (67,57)
Trabalhadores	36 (32,43)
Total	

Fonte: a própria autoria.

Os dados expressos na Tabela 2 indicam que 53,15% dos profissionais e trabalhadores apresentavam excesso de peso, sendo 32,43% (N = 36) com sobrepeso e 20,72% (N = 23) com obesidade. Durante a pandemia, 68,47% (N = 76) apresentaram alteração de peso, sendo que em média ganharam 2,25 kg. Dentro deste público, 51,35% (N = 57) apresentaram aumento de peso, sendo que o aumento de peso máximo foi de 34 kg.

Quando comparada a alteração de peso com as demais variáveis sociodemográficas e de estado nutricional, apenas sexo apresentou diferença estatisticamente significativa. As mulheres tiveram um ganho médio de 3,23 kg (DP $\pm$ 6,58) e os homens tiveram tendência a perda de peso de 0,92 kg (DP $\pm$ 6,61), sendo $p = 0,006$.

Tabela 2. Índice de Massa Corporal, alteração de peso, altura e peso de profissionais e trabalhadores da área da saúde, São Paulo-SP e Grande São Paulo, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Classificação IMC real	
Baixo Peso	2 (1,80)
Eutrofia	50 (45,05)
Sobrepeso	36 (32,43)
Obesidade	23 (20,72)
<i>IMC médio + Desvio Padrão</i>	26,25 $\pm$ 5,38
<i>(min-máx)</i>	(17,90 - 42,97)
Alteração de peso	N (%)
Aumentou o peso	57 (51,35)
Diminuiu o peso	19 (17,12)
Manteve o peso	35 (31,53)
<i>Alteração de peso média + Desvio Padrão</i>	2,25 $\pm$ 6,79
<i>(min-máx)</i>	-25 a 34
Altura	
<i>Média + Desvio Padrão</i>	1,66 $\pm$ 0,8
<i>(min-máx)</i>	1,50 - 1,90
Peso	
<i>Média + Desvio Padrão</i>	72,71 $\pm$ 16,95
<i>(min-máx)</i>	47 - 130
Total	

Fonte: a própria autoria

As alterações no consumo alimentar foram avaliadas antes e durante a pandemia (tabela 3). A ingestão de feijões praticamente não teve alteração. O consumo de frutas frescas,

verduras e legumes mais de uma vez por dia sofreu decréscimo, de 26,13% para 21,62%. Ao analisar a frequência do consumo de legumes, houve um aumento de 9,91% na frequência semanal, de 1 a 4 vezes.

Os itens ultraprocessados como hambúrguer e/ou embutidos sofreram acréscimo no consumo diário (de 0,89 para 2,68%). Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoitos salgados tiveram um expressivo crescimento no consumo diário (de 0,90 para 5,41%) e em mais de uma vez por dia (de 0,90 para 2,70%). Os biscoitos recheados, doces ou guloseimas tiveram um importante aumento no consumo semanal (de 26,39 para 36,04%), diário (de 6,94 para 11,71%) e mais de uma vez por dia (2,78% para 6,31%).

O item “bebida alcoólica” teve aumento no consumo semanal (de 9,91 para 17,12%) e em mais de uma vez por dia (de 0,90 para 1,80%). A ingestão de bebidas adoçadas diminuiu em mais de uma vez por dia (de 9,01 para 6,42%) e aumentou no consumo de uma vez por dia (de 9,91 para 11,93%).

Ao analisar a frequência do consumo de legumes, houve aumento de 9,91% de pessoas que passaram a consumir com maior frequência semanal, de 1 a 4 vezes. Porém a recomendação de consumo para esse grupo alimentar é três porções diária, e ao avaliar o consumo de pelo menos uma vez por dia ou mais de 1 vez por dia, em ambos, houve redução durante a pandemia²⁶.

Tabela 3. Questionário de avaliação do consumo alimentar antes e durante a pandemia 2021 e 2022

Questões	Nunca ou até 3 vezes por mês (%)	1 a 4 vez por semana (%)	1 vez por dia (%)	Mais de 1 vez por dia (%)
Você costuma comer feijões (feijões, lentilhas, ervilha, grão-de-bico, soja) em suas refeições?				
Antes da pandemia	14,29	33,04	41,07	11,61
Durante a pandemia	17,12	35,14	36,04	11,71
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)?				
Antes da pandemia	14,41	39,64	19,82	26,13
Durante a pandemia	17,12	37,84	23,42	21,62
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?				
Antes da pandemia	18,02	32,43	29,73	19,82

Durante a pandemia	14,41	42,34	27,03	16,22
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) ?				
Antes da pandemia	54,46	36,61	7,14	0,89
Durante a pandemia	53,57	34,83	8,04	2,68
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)				
Antes da pandemia	49,55	31,53	9,91	9,01
Durante a pandemia	52,29	29,36	11,93	6,42
Bebidas alcoólicas (vinho, cerveja, Whisky)?				
Antes da pandemia	83,87	9,91	5,41	0,90
Durante a pandemia	80,18	17,12	0,90	1,80
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?				
Antes da pandemia	65,77	32,43	0,90	0,90
Durante a pandemia	66,67	25,23	5,41	2,70
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)				
Antes da pandemia	63,89	26,39	6,94	2,78
Durante a pandemia	45,95	36,04	11,71	6,31
Consumo de água por dia	Menos de 4 copos	4 a 5 copos	6 a 8 copos	8 copos ou mais
Antes da pandemia	18,92	23,42	29,73	27,93
Durante a pandemia	19,82	26,13	27,03	27,03
Costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular				
	Não	Sim	Ocasionalmente	
Antes da pandemia	14,41	64,86	20,72	
Durante a pandemia	15,32	58,56	26,13	

Fonte: a própria autoria

No tocante ao impacto da pandemia no consumo alimentar (Tabela 4), 72,97% (N = 81) dos profissionais e trabalhadores do setor da saúde perceberam que houve mudanças,

sendo que 54,95% (N = 61) relataram que aumentaram seu consumo alimentar durante a pandemia e passaram a comer mais ou fazer mais refeições ao longo do dia. Cerca de 61,26% (N = 68) dos participantes disseram que durante a pandemia tiveram dificuldades de conseguir controlar seu consumo alimentar e 63,96% (N = 71) relataram que o estado emocional afetou seu consumo ou comportamento alimentar.

Nesta pesquisa os dados indicam pela percepção dos participantes que 64,86% (N = 72) perceberam uma preferência por alimentos industrializados durante o período da pandemia. Verifica-se que 61,26% (N = 68) dos participantes relataram consumir refeições ou alimentos com o intuito de promover bem-estar em resposta a sentimentos negativos durante a pandemia.

Cerca de 59,46% (N = 66) dos participantes tiveram mudanças em sua carga horária e passaram a trabalhar de forma mais intensa e 49,55% (N = 55) disseram que a rotina de trabalho acabou gerando impactos que eles consideraram negativos para sua saúde.

Tabela 4. Percepção do comportamento e consumo durante a pandemia, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Você percebeu uma preferência por alimento industrializados durante o período da pandemia, como doces, lanches, fast-food?	
Não	39 (35,14)
Sim	72 (64,86)
Você consumiu refeições ou alimentos durante o período da pandemia com o intuito de produzir bem-estar, em oposição a sentimentos negativos?	
Não	43 (38,74)
Sim	68 (61,26)
Notou alguma mudança no consumo alimentar após o início da pandemia?	
Não	30 (27,03)
Sim	81 (72,97)
Se sim, seu consumo alimentar aumentou ou diminuiu durante o período da pandemia?	
AUMENTO	
Aumentou, passei a fazer mais refeições ao longo do dia	26 (23,42)
Aumentou, passei a comer maior quantidade de comida durante as refeições	19 (17,12)
Aumentou, passei a realizar mais refeições ao longo do dia e a comer mais nessas refeições	16 (14,41)
Total	61 (54,95)

DIMINUIÇÃO	
Diminuiu, passei a fazer menos refeições ao longo do dia	9 (8,11)
Diminuiu, passei a comer menos quantidade de comida durante as refeições	8 (7,21)
Diminuiu, passei a realizar menos refeições ao longo do dia e a comer menos nessas refeições	3 (2,70)
Total	20 (18,02)
O comportamento alimentar não foi alterado	30 (27,03)
A pandemia gerou dificuldades em controlar seu consumo alimentar?	
Não gerou nenhuma dificuldade	43 (38,74)
Sim, gerou dificuldades	47 (42,34)
Sim, aumentou dificuldades que já existiam	21 (18,92)
Você considera que seu estado emocional durante a pandemia afetou seu consumo e/ou comportamento alimentar?	
Não, não afetou	40 (36,04)
Sim, afetou	71 (63,96)
Sua rotina de trabalho foi alterada durante a pandemia?	
Não, minha rotina de trabalho continuou a mesma	33 (29,73)
Sim, passei a ter uma carga horária mais intensa de trabalho	66 (59,46)
Sim, passei a ter uma carga menos intensa de trabalho	12 (10,81)
Sua rotina de trabalho durante a pandemia gerou impacto no seu comportamento e/ou consumo alimentar?	
Não, não gerou nenhum impacto	40 (36,04)
Sim, gerou impacto que considero positivo para minha saúde	16 (14,41)
Sim, gerou impacto que considero negativo para minha saúde	55 (49,55)

Fonte: a própria autoria

Cerca de 13,51% (N = 15) dos participantes apresentam indícios de transtorno da compulsão alimentar periódica (Tabela 5), sendo: 9,01% (N = 10) com compulsão moderada e 4,5% (N = 5) com compulsão grave. Aqueles que não tinham compulsão alimentar, tiveram

menor ganho de peso em média de 1,57 kg ($DP \pm 6,19$), do que aqueles que têm o transtorno da compulsão alimentar, sendo o ganho de peso 5,10 kg ($DP \pm 6,82$) entre aqueles com compulsão moderada e 9,40 kg ($DP \pm 12,52$) entre aqueles com compulsão grave. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,015$). No entanto, a maior variação de peso esteve presente entre aqueles que não apresentaram compulsão alimentar: perda de 25 kg e aumento de 34 kg.

Tabela 5. Compulsão alimentar periódica de profissionais e trabalhadores da área da saúde, durante a pandemia, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Presença de Compulsão Alimentar	
Sem compulsão	96 (86,49)
Compulsão moderada	10 (9,01)
Compulsão grave	5 (4,5)
Alteração de Peso	
Sem compulsão	1,57 kg ($\pm 6,19$)
Compulsão moderada	5,10 kg ($\pm 6,82$)
Compulsão grave	9,40 kg ($\pm 12,52$)

Fonte: a própria autoria

4 DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 apresentou desafios em diversos âmbitos, principalmente para os profissionais e trabalhadores da área da saúde. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres jovens (18 a 39 anos), com nível superior completo, remuneração média entre um e três salários-mínimos e empregadas na rede privada.

Um dos principais impactos da pandemia identificados nesta pesquisa foi a alteração de peso. Mais da metade dos participantes apresentou acréscimo de peso e IMC correspondente a excesso de peso e obesidade. Esses dados são coerentes com o perfil da população brasileira, segundo a VIGITEL, a qual aponta que 55,4% da população adulta brasileira está com excesso de peso¹⁷.

Cerca de três quartos dos participantes perceberam que, durante a pandemia, seu consumo alimentar foi alterado, fator que contribuiu para o aumento de peso. Foram classificadas três alterações no padrão alimentar, indicando o aumento do consumo: mais

refeições ao longo do dia, maior quantidade de comida em cada refeição, ou mais refeições com maior quantidade de comida.

Um estudo realizado em Araçatuba-SP, com mais de 500 participantes, avaliou o comportamento alimentar durante a pandemia e apresentou dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, apontando aumento de peso na maioria dos participantes (45,3%). O mesmo estudo indicou aumento do consumo de alimentos em maior quantidade, do comer relacionado às emoções e do consumo de alimentos fora dos horários das refeições, com preferência por doces¹⁸. Verificou-se também que o comer emocional, ou seja, o comer associado à ansiedade e a sentimentos negativos, constituiu fator relacionado ao aumento do consumo alimentar.

De acordo com Haddad et al.¹⁹ e Kalkan Uğurlu et al.²⁰, o isolamento social teve como consequência a evidência da pressão psicológica sobre os indivíduos, o que influenciou mudanças comportamentais, como o uso do alimento como um meio de escape para enfrentar sentimentos intensificados de medo e insegurança durante a pandemia. Em um estudo realizado durante a pandemia, com mais de 45 mil brasileiros de todo o país, revelou-se que os sentimentos frequentes de tristeza, depressão, isolamento e ansiedade foram reportados por grande parte da população estudada, e como esses sentimentos podem levar também ao consumo excessivo de alimentos, principalmente os ricos em açúcares, como forma de buscar alívio emocional pela comida²¹.

Os profissionais e trabalhadores analisados nesta pesquisa relataram estar mais ansiosos, tensos, com medo, estressados e com maiores preocupações consigo mesmos e com o próximo. Por esses motivos, muitos acabaram encontrando alívio e conforto no comer, principalmente alimentos ricos em gordura e açúcares, que são mais palatáveis e menos saudáveis, mas que proporcionam sensações de bem-estar.

O comportamento alimentar inclui o que comemos, como comemos, com quem, onde, quando, por que, em quais situações comemos, e o que pensamos e sentimos em relação ao alimento. As ações e condutas ligadas ao comer emocional alteram diretamente o comportamento alimentar²².

Dessa maneira, o comportamento alimentar alterado, se não tratado e acompanhado adequadamente, pode ser nocivo à saúde e iniciar o desenvolvimento de transtornos alimentares. No público avaliado, 13,51% apresentaram pontuação na ECAP que indica a presença de compulsão alimentar. O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período delimitado (até duas horas), acompanhado pela sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. Para

caracterizar o diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios voltados para a perda de peso²³.

Vários fatores podem ter contribuído para a fragilidade do estado emocional desses profissionais e trabalhadores. A possibilidade iminente de contágio, devido ao número elevado de doentes, as incertezas sobre o contágio, a falta de medicamentos imunizantes, o número elevado de mortes, a escassez de profissionais e recursos para realizar o trabalho, entre outros. A rotina de trabalho e a quantidade de horas trabalhadas também foram fatores preponderantes que contribuíram para que esses trabalhadores da saúde tivessem alterações no seu estado emocional, no comportamento e consumo alimentar.

Em uma pesquisa realizada com médicos de um hospital na China, muitos profissionais demonstraram sinais de irritabilidade e angústia, bem como relataram preocupação com a transmissão da doença, aumentando as chances de sobrecarga das unidades hospitalares²⁴. No presente estudo, cerca de 59,46% tiveram alteração na carga horária de trabalho. Aproximadamente 49,55% perceberam que sua rotina de trabalho teve impactos negativos em sua saúde.

Embora o ganho de peso tenha sido mais frequente, os dados indicam que 17,12% dos participantes relataram perda de peso, com reduções de até 25 kg. Foram classificadas três alterações que indicaram a diminuição do consumo alimentar entre 18,02% dos participantes: menos refeições ao longo do dia, menor quantidade de comida, ou menos refeições com menor quantidade de comida. Esse consumo diminuído, em conjunto com os fatores citados anteriormente, somados às dificuldades relatadas por alguns profissionais que tinham receio de retirar os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) e, por isso, cumpriam todo o plantão sem pausas para alimentação, são fatores a serem considerados para entender o estado físico desses profissionais durante os períodos críticos da pandemia.

Em relação ao consumo alimentar, os dados indicam redução de 5,03% no consumo diário de feijão quando comparados os períodos pré-pandemia e pandemia. Esses dados reforçam a redução do consumo desse grupo alimentar na população brasileira, conforme apontado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF²⁵, já que o Guia Alimentar (2008) recomenda a ingestão de uma porção de feijão por dia²⁶.

Ao analisar o consumo de frutas frescas, verduras e legumes, verificou-se que os participantes não atingiram a recomendação diária desses grupos alimentares, nem no período pré-pandemia nem durante a pandemia. Os dados indicam, ainda, uma redução de quase 3%

na frequência de consumo de verduras e legumes, tanto nas refeições diárias quanto no consumo geral. Segundo a OMS²⁷, o consumo de 400g/dia de frutas, legumes e verduras, equivalente a cinco porções diárias de 80g cada, está associado à redução de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de fornecer vitaminas, minerais, antioxidantes e nutrientes que favorecem a imunidade. Além disso, o Guia Alimentar recomenda evitar a ingestão de alimentos ultraprocessados, dado seu perfil nutricional desbalanceado, com excessos de açúcar, sódio e gordura¹⁵.

Os dados evidenciam aumento na ingestão de alimentos ultraprocessados, os quais estão diretamente associados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, sobrepeso, obesidade, distúrbios gastrointestinais, depressão e mortalidade²⁸. Este cenário traz à tona uma grave problemática: a pandemia não apenas intensificou as dificuldades psicológicas e emocionais dos profissionais de saúde, mas também gerou mudanças no comportamento alimentar que podem ter efeitos duradouros na saúde pública. O aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, aliado à redução de alimentos saudáveis, configura uma preocupação significativa para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, que já representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

Assim, é crucial refletir sobre como as políticas públicas de saúde, junto com a educação alimentar, podem intervir para mitigar esses impactos e promover escolhas alimentares mais saudáveis, especialmente em um período pós-pandemia, quando os efeitos das mudanças comportamentais podem ainda ser sentidos.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A utilização da amostragem por bola de neve pode limitar a representatividade da amostra, uma vez que a seleção dos participantes depende das redes de contato dos respondentes. Além disso, os dados foram obtidos por meio de questionários autoaplicáveis, o que pode introduzir vieses de memória e de percepção. Esses fatores podem influenciar a generalização dos resultados.

5 CONCLUSÃO

A pandemia afetou o comportamento e o consumo alimentar dos profissionais e trabalhadores da área da saúde. Houve alteração do peso corporal, sendo mais proeminente o ganho de peso, principalmente, entre as mulheres e os indivíduos com o transtorno de compulsão alimentar.

Os dados indicam que os participantes passaram a consumir alimentos em maior quantidade e com maior frequência, com preferência por alimentos ultraprocessados, além de apresentarem dificuldade no controle do consumo alimentar. Fatores intensificados pela pandemia, como aumento do estresse, ansiedade, carga excessiva de trabalho, medo em relação ao futuro, medo de se contaminar e contaminar amigos e familiares e o próprio distanciamento social tiveram impacto negativo no comportamento alimentar.

Além dos danos diretos causados pela pandemia e a forma como esses profissionais e trabalhadores foram afetados, cabe a preocupação dos prejuízos a longo prazo, tendo em vista o que a má alimentação, o estresse e a compulsão alimentar podem causar a saúde.

Os achados reforçam a necessidade de estratégias institucionais e políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental e alimentar de profissionais e trabalhadores da saúde. Intervenções que incluam apoio psicossocial, educação alimentar e nutricional e melhoria das condições de trabalho podem contribuir para minimizar os impactos de situações de crise sanitária sobre o comportamento alimentar e a saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087335/portal-una-sus-especial-covid-19.pdf>
4. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Observatório COVID-19: Boletim extraordinário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf
5. Aquino EML, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Cien Saude Colet. 2020;25(supl 1):2423-2446. doi:10.1590/1413-81232020256.1.10502020
6. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade L, Esperidião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Cien Saude Colet. 2020;25(9):3465-3474.
7. Sidor A, Rzymiski P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. Nutrients. 2020;12(6):1657. doi:10.3390/nu12061657
8. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, et al. Diet and physical activity during COVID-19 lockdown: results from the French NutriNet-Santé cohort study. Am J Clin Nutr. 2021;113(4):924-938. doi:10.1093/ajcn/nqaa336
9. Herle M, Smith AD, Bu R, Steptoe A, Fancourt D. Trajectories of eating behavior during COVID-19 lockdown. Clin Nutr ESPEN. 2021;42:158-165. doi:10.1016/j.clnesp.2021.01.046

10. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. The COVID-19 pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020407. doi:10.1590/S1679-49742020000400026
11. UNICEF. Impactos primários e secundários da COVID-19 em crianças e adolescentes. Brasília: UNICEF; 2020. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/media/9966/file/impactos-covid-criancas-adolescentes-ibope-unicef-2020.pdf>
12. Penrod J, Preston DB, Cain RE, Starks MT. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *J Transcult Nurs*. 2003;14(2):100-107. doi:10.1177/1043659602250614
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de uso do Guia Alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
14. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):100-107. doi:10.1590/S1516-44462001000400008
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
17. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
18. de Aro F, Pereira BV, Bernardo DNDA. Comportamento alimentar em tempos de pandemia por COVID-19. *Braz J Dev*. 2021;7(6):59736-59748.
19. Haddad C, Zakhour M, Bou Kheir M, et al. Association between eating behavior and quarantine stressors during COVID-19. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(4):1-12.
20. Kalkan Ugurlu Y, Mataraci Degirmenci D, Durgun H, Gok Ugur H. Eating behaviors and psychological status during COVID-19 isolation. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):507-516. doi:10.1111/ppc.12703
21. Malta DC, Mascarenhas MDM, Lima MG, et al. Distanciamento social e estilos de vida durante a pandemia. *Cad Saude Publica*. 2021;37(supl 1):e00323020. doi:10.1590/0102-311X00323020
22. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição comportamental. 2ª ed. Barueri: Manole; 2019.
23. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2013.
24. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff during COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
25. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
27. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2002.
28. Louzada MLC, Costa CS, Souza TN, Cruz GL, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde. *Cad Saude Publica*. 2022;37(supl 1):e00323020.

Navegar é preciso, senão a jornada te cansa: a intervenção do assistente social na navegação de pacientes com câncer de mama

Navigate is necessary, otherwise the journey tires you: the social worker's intervention in the navigation of patients with breast cancer

Navegar es preciso, si no la jornada te cansa: la intervención del trabajador social en la navegación de pacientes con cáncer de mama

Senir Santos da Hora¹

Vanessa Zoraide Domingos²

¹Universidade Estadual do Rio de Janeiro

²Instituto Politécnico de Santarém

RESUMO

Introdução: O Programa de Navegação de Pacientes (PNP) teve origem nos Estados Unidos a partir do reconhecimento de barreiras que dificultavam o acesso de mulheres negras em situação de pobreza aos serviços de saúde, especialmente no intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama. O objetivo do programa foi reduzir tais barreiras e promover o início oportuno e efetivo do tratamento. No Brasil, além da Lei nº 14.450/2022, que instituiu o Programa Nacional de Navegação de Pacientes com Neoplasia Maligna de Mama no SUS, a Lei nº 14.758/2023, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 6.592/2025, estabeleceu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e criou o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Essa normativa define a navegação como um acompanhamento individualizado voltado à identificação e superação de barreiras ao longo do percurso assistencial, desde a suspeita diagnóstica até a continuidade do tratamento, com apoio de profissionais navegadores responsáveis por orientar, monitorar e facilitar o acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da atuação de navegadores no cuidado a pacientes com câncer de mama e identificar como a intervenção do assistente social navegador é descrita e abordada nessas publicações. **Método:** Foi utilizado o método *Scoping Review* (revisão de escopo), baseado no modelo do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com busca em bases de dados como Pubmed/Medline, Lilacs, Scopus e literatura cinzenta por meio dos Periódicos da Capes e Google Acadêmico. Foram selecionados documentos que apresentavam textos completos disponíveis on-line nos idiomas português e inglês, voltados para a questão de pesquisa, com recorte temporal de 2010 a 2023. **Resultados/Discussão:** Após análise, doze estudos foram escolhidos para leitura na íntegra. A análise foi realizada de forma qualitativa, com categorização temática das principais contribuições e limitações identificadas nos estudos. A pesquisa sinalizou que a maioria das experiências de PNP no Brasil envolve enfermeiros como navegadores, enquanto a atuação dos assistentes sociais ainda é incipiente. **Conclusão:** Os resultados indicaram que há uma baixa produção científica sobre a intervenção do assistente social no PNP, por esse motivo, destacou-se a necessidade premente de mais estudos que consolidem evidências sobre a contribuição desse profissional para qualidade do cuidado, do acesso e adesão ao tratamento oncológico.

Palavras-chave: Navegação de Pacientes. Câncer de Mama. Assistentes Sociais.

ABSTRACT

Introduction: The Patient Navigation Program (PNP) originated in the United States following the recognition of barriers that hindered access to health services for low-income Black women, particularly in the interval between diagnosis and the initiation of breast cancer treatment. The program aimed to reduce such barriers and promote timely and effective treatment initiation. In Brazil, in addition to Law No. 14,450/2022, which established the National Patient Navigation Program for Malignant Breast Neoplasms within the Unified Health System (SUS), Law No. 14,758/2023—regulated by Ordinance GM/MS No. 6,592/2025—instituted the National Cancer Prevention and Control Policy and created the National Patient Navigation Program for Individuals Diagnosed with Cancer. This regulatory framework defines navigation as individualized follow-up aimed at identifying and overcoming barriers throughout the continuum of care, from diagnostic suspicion to treatment continuity, supported by navigator professionals responsible for guiding, monitoring, and facilitating access to health services. **Objective:** To analyze the available evidence in the scientific literature regarding the role of navigators in the care of patients with breast cancer and to identify how the intervention of social worker navigators is described and addressed in these publications. **Method:** A scoping review was conducted based on the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, with searches carried out in databases such as Pubmed/Medline, Lilacs, and Scopus, as well as grey literature through Capes Journals and Google Scholar. Documents with full texts available online in Portuguese and English, addressing the research question and published between 2010 and 2023, were included. **Results/Discussion:** After analysis, twelve studies were selected for full-text review. Qualitative analysis was performed using thematic categorization of the main contributions and limitations identified in the studies. The findings indicate that most PNP experiences in Brazil involve nurses as navigators, while the role of social workers remains incipient. **Conclusion:** The results reveal a low level of scientific production regarding social workers' interventions within the PNP. Therefore, there is an urgent need for further studies to consolidate evidence on the contribution of this professional to the quality of care, access, and adherence to oncological treatment.

Key words: Patient Navigation. Breast Cancer. Social Workers.

RESUMEN

Introducción: El Programa de Navegación de Pacientes (PNP) tuvo su origen en los Estados Unidos a partir del reconocimiento de barreras que dificultaban el acceso de mujeres negras en situación de pobreza a los servicios de salud, especialmente en el intervalo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento del cáncer de mama. El objetivo del programa fue reducir dichas barreras y promover el inicio oportuno y efectivo del tratamiento. En Brasil, además de la Ley nº 14.450/2022, que instituyó el Programa Nacional de Navegación de Pacientes con Neoplasia Maligna de Mama en el Sistema Único de Salud (SUS), la Ley nº 14.758/2023, reglamentada por la Ordenanza GM/MS nº 6.592/2025, estableció la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer y creó el Programa Nacional de Navegación de la Persona con Diagnóstico de Cáncer. Esta normativa define la navegación como un seguimiento individualizado orientado a la identificación y superación de barreras a lo largo del recorrido asistencial, desde la sospecha diagnóstica hasta la continuidad del tratamiento, con el apoyo de profesionales navegadores responsables de orientar, monitorear y facilitar el acceso a los servicios de salud. **Objetivo:** Analizar la evidencia disponible en la literatura

científica acerca de la actuación de los navegadores en la atención a pacientes con cáncer de mama e identificar cómo se describe y aborda la intervención del trabajador social navegador en dichas publicaciones. **Método:** Se utilizó el método de revisión de alcance (Scoping Review), basado en el modelo del Joanna Briggs Institute (JBI), con búsquedas en bases de datos como Pubmed/Medline, Lilacs y Scopus, además de literatura gris a través de los Periódicos Capes y Google Académico. Se seleccionaron documentos con textos completos disponibles en línea en portugués e inglés, relacionados con la pregunta de investigación y publicados entre 2010 y 2023. **Resultados/Discusión:** Tras el análisis, se seleccionaron doce estudios para la lectura completa. El análisis se realizó de forma cualitativa, mediante la categorización temática de las principales contribuciones y limitaciones identificadas en los estudios. La investigación señaló que la mayoría de las experiencias de PNP en Brasil involucran a enfermeros como navegadores, mientras que la actuación de los trabajadores sociales aún es incipiente. **Conclusión:** Los resultados indicaron una baja producción científica sobre la intervención del trabajador social en el PNP. Por este motivo, se destacó la necesidad urgente de realizar más estudios que consoliden evidencias sobre la contribución de este profesional a la calidad de la atención, el acceso y la adherencia al tratamiento oncológico.

Palabras-clave: Navegación de Pacientes. Cáncer de Mama. Trabajador Social.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais incidente entre mulheres em todo o mundo e representa um significativo desafio para os sistemas públicos de saúde, sobretudo em países marcados por desigualdades estruturais, como o Brasil¹. Diversas evidências demonstram que fatores socioeconômicos, raciais e educacionais influenciam diretamente o estágio clínico no momento do diagnóstico e a adesão ao tratamento, resultando em diferenças expressivas nos desfechos clínicos². Durante a intervenção profissional em uma unidade pública especializada no tratamento do câncer de mama, foi possível identificar que muitas mulheres – especialmente aquelas em situação de pobreza e não brancas – chegam ao serviço em estágios avançados da doença e enfrentam dificuldades na continuidade do tratamento em decorrência de condições sociais, educacionais e econômicas adversas.

Estudos apontam que, entre as mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), aquelas que se autodeclaram pretas ou pardas apresentam menor probabilidade de sobrevida global em cinco anos quando comparadas às mulheres brancas^{3,4}. Tais desigualdades reforçam a necessidade de políticas públicas específicas para enfrentar disparidades no acesso à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao tratamento oportuno. Nesse contexto, o baixo letramento em saúde também emerge como um fator crítico, tornando essas mulheres mais suscetíveis ao diagnóstico tardio e reduzindo a probabilidade de tratamento adequado em tempo oportuno.

Atrasos entre a suspeita, o diagnóstico e o início do tratamento impactam diretamente as chances de cura e a sobrevida das pacientes. Assim, torna-se urgente a formulação de estratégias destinadas à superação de barreiras de acesso nos serviços de saúde, bem como a adoção de ações voltadas à celeridade diagnóstica e terapêutica. Desde meados da década de 1980, o câncer de mama vem sendo incorporado à agenda do Ministério da Saúde, mas um marco relevante ocorreu em 2013, com a instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS⁵. Essa política permitiu estruturar e organizar de maneira mais sistemática a atenção oncológica no país.

A partir dessa política, importantes desdobramentos legislativos foram estabelecidos. A Lei nº 14.450/2022 instituiu o Programa Nacional de Navegação de Pacientes com Câncer de Mama⁶, com o objetivo de identificar e superar barreiras que dificultam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Posteriormente, a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, criou o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, ampliando a estratégia para todos os tipos de neoplasias⁷. Ambas as legislações^{6,7} convergem na promoção do diagnóstico precoce, na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade do cuidado oncológico.

A navegação de pacientes, entretanto, não é uma iniciativa recente. O modelo foi originalmente desenvolvido em Nova Iorque, em 1990, pelo médico Harold Freeman, no hospital público do Harlem, voltado a mulheres negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica diagnosticadas com câncer de mama. A execução do programa foi realizada por assistentes sociais e enfermeiros, cujo foco era identificar e eliminar entraves que impediavam o acesso dessa população aos serviços de saúde entre o diagnóstico e o início do tratamento⁸. A experiência norte-americana demonstrou que a navegação pode reduzir desigualdades, ampliar o acesso e melhorar a sobrevida, sobretudo em grupos vulneráveis⁸.

Considerando que países com alto desenvolvimento econômico reconheceram a necessidade de implementar programas de navegação executados por profissionais como assistentes sociais e enfermeiros, é pertinente refletir sobre a contribuição do Serviço Social no contexto brasileiro. A atuação do assistente social, fundamentada na defesa de direitos, na mediação de acesso e na intervenção sobre determinantes sociais da saúde⁹, faz com que sua participação seja estratégica no âmbito da navegação de pacientes com câncer.

A navegação desempenha papel fundamental tanto na fase de detecção quanto na fase de tratamento, contribuindo para a redução de custos, o uso mais racional dos serviços de saúde, o início oportuno da terapêutica e a melhoria dos desfechos clínicos e sociais¹⁰. Assim,

espera-se que este estudo contribua para o aprofundamento das discussões e para a tomada de decisões voltadas ao aperfeiçoamento da atenção à saúde no âmbito do tratamento do câncer de mama. Além disso, busca-se subsidiar a ampliação da participação de diferentes categorias profissionais — incluindo o Serviço Social — no Programa de Navegação, favorecendo uma abordagem multidisciplinar e integral no cuidado às mulheres acometidas pela doença.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter eminentemente exploratório e qualitativo. O referencial teórico-metodológico adotado fundamenta-se no materialismo histórico-dialético, que, por meio de sucessivas abstrações, busca apreender a estrutura dinâmica e contraditória da realidade concreta¹¹. Tal perspectiva permite compreender os fenômenos sociais em sua totalidade, historicidade e movimento, orientando a análise crítica da produção científica sobre a temática estudada.

Para a condução do estudo, utilizou-se o método Scoping Review (Revisão de Escopo), guiado pelas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) e estruturado segundo as diretrizes metodológicas propostas pelo Joanna Briggs Institute¹². A adoção dessa abordagem possibilita não apenas a síntese e análise dos achados, mas também a identificação de lacunas existentes no campo de investigação, bem como a formulação de recomendações para futuras pesquisas.

A revisão de escopo caracteriza-se por explorar conceitos-chave de um determinado tema, examinar a extensão, o alcance e a natureza das evidências disponíveis, compilar e divulgar informações relevantes e identificar lacunas no conhecimento, subsidiando pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas¹³. Nesse sentido, a metodologia prevê a realização de cinco etapas: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) análise dos dados; e (5) agrupamento, síntese e apresentação dos resultados.

1ª etapa – Identificação da questão de pesquisa

A definição da questão de pesquisa constitui o ponto de partida da revisão. Para isso, empregou-se o acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto), recomendado pelo JBI. No presente estudo, a população (P) refere-se aos assistentes sociais navegadores, o conceito (C) corresponde ao Programa de Navegação de Pacientes (PNP) e o contexto (C) relaciona-se ao tratamento do câncer de mama. Assim, formulou-se a seguinte questão:

O que vem sendo produzido na literatura científica sobre a atuação de

navegadores com pacientes de câncer de mama? E de que maneira a intervenção da assistente social navegadora vem sendo abordada nessas produções?

Os dados referentes a População, Conceito e Contexto estão apresentados na Tabela 1 - Estratégia População, Conceito e Contexto (PCC):

2ª etapa – Identificação dos estudos relevantes

A estratégia de busca foi elaborada com descritores DECS e MeSH combinados com os operadores booleanos **OR** e **AND**. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: BVS, LILACS, BDENF, Medline via PubMed, PROQUEST, SciELO, Portal de Periódicos CAPES, e na literatura cinzenta por meio do Google Acadêmico e do Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão:

- a) estudos com texto completo disponível on-line;
- b) publicados em português ou inglês;
- c) recorte temporal de 2010 a 2023;
- d) foco no cenário brasileiro;
- e) produções relacionadas à navegação de pacientes com câncer de mama.

Foram excluídos:

- a) estudos que não abordavam a atuação de navegadores;
- b) estudos que não tratavam do câncer de mama;
- c) documentos com acesso restrito

Os dados referentes à estratégia de busca estão apresentados na Tabela 1 - Estratégia de busca.

3ª etapa – Seleção dos estudos

Após a identificação dos estudos, iniciou-se a triagem por títulos e resumos, sendo realizada a leitura completa quando necessário. Estudos duplicados foram contabilizados apenas uma vez. A gestão da revisão foi realizada no software Rayyan – Intelligent Systematic Review, amplamente utilizado em revisões sistemáticas^{14,15}.

Identificaram-se 66 publicações, das quais 12 atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionadas para análise aprofundada. Criou-se uma planilha para organização dos dados extraídos, estruturada em cinco blocos: identificação do periódico, dos autores, dos objetivos, da metodologia e dos principais resultados.

4ª etapa – Análise dos dados

Os doze artigos selecionados foram analisados segundo dois eixos:

a) produção científica sobre a atuação de navegadores com pacientes com câncer de mama;

b) abordagens sobre a intervenção do assistente social navegador.

A análise interpretativa foi fundamentada no referencial do materialismo histórico-dialético, permitindo a apreensão dos fenômenos em sua totalidade e contradições¹¹. Para isso, utilizaram-se categorias ontológicas como totalidade, história, contradição, mediação e alienação, compreendidas como modos de ser do real¹⁶.

5ª etapa – Agrupamento, síntese e apresentação dos dados

Com base no conjunto de evidências levantadas, foi realizado um mapeamento da produção científica brasileira sobre a navegação de pacientes na atenção oncológica, especialmente no câncer de mama. Os resultados permitiram compreender tendências, limites e potencialidades da atuação do assistente social no PNP, além de identificar lacunas e necessidades de pesquisas futuras.

A revisão de escopo, compreendida como técnica que sintetiza conhecimentos e orienta a prática político-técnica, permitiu a construção de apontamentos relevantes para subsidiar ações profissionais e institucionais no campo da navegação de pacientes com câncer de mama.

3 RESULTADOS

Seleção dos Estudos

Foram identificados 66 registros; após remoção de duplicatas e aplicação dos critérios de elegibilidade, 12 estudos foram incluídos para leitura completa. O fluxo de seleção segue as recomendações PRISMA-ScR (Figura 1).

Caracterização dos estudos incluídos

Para facilitar a compreensão, a Tabela 3 sintetiza: objetivo, tipo de estudo, profissional destacado e principais resultados.

Perfil geral

Total de estudos incluídos: 12; Idioma: 7 artigos em português, 5 em inglês; Tipo de estudo: relatos de experiência, revisões sistemáticas, dissertações e guias práticos Profissionais destacados na navegação de pacientes (NP): enfermeiros, assistentes sociais, agentes comunitários e outros profissionais de saúde qualificados.

Principais resultados por estudo

Enfermeiros como navegadores: E1, E4, E6, E12; Assistentes sociais como navegadores: apenas E3 (manual/guia de boas práticas); Outros profissionais de saúde ou pessoas locais: E5, E7, E8, E9, E11; Agentes comunitários: E2.

Os estudos evidenciam que, embora os enfermeiros sejam a categoria mais citada, o PNP permite flexibilidade quanto à qualificação profissional, desde que o profissional possua competências para conduzir a navegação de pacientes de forma segura e eficaz.

Desafios e lacunas identificadas

Os estudos incluídos apontam alguns desafios relevantes para a implementação do Programa de Navegação de Pacientes (PNP):

- Carência de recursos humanos, o que dificulta a criação de ambulatórios específicos para PNP;
- Falta de investimento estatal, com necessidade de capacitação de profissionais, disponibilidade de materiais e equipamentos adequados;
- Lacunas na comunicação: entre atenção primária e especialistas, ocasionando atrasos no diagnóstico e tratamento;
- Atrasos laboratoriais: tempo excessivo em exames anatomopatológicos e imuno-histoquímicos, impactando o diagnóstico e prognóstico;
- Desigualdade regional: Regiões Norte e Nordeste têm maior atraso em resultados de exames e início do tratamento.

Apesar da Lei dos 60 dias, a vigilância de sua implementação permanece insuficiente. Dados de 2019-2023 mostram que, na maioria dos casos, o início do tratamento oncológico ultrapassou os 60 dias.

Atuação do navegador de pacientes

A análise dos estudos revela diferentes perspectivas sobre a categoria profissional dos navegadores, conforme a Tabela 4 - Análise das perspectivas sobre a categoria profissional dos navegadores:

4 DISCUSSÃO

Os primeiros esforços para a implementação do Programa de Navegação de Pacientes (PNP) tiveram início em Nova Iorque, no ano de 1990, sob a coordenação do médico Harold

Freeman, no hospital público do Harlem, com mulheres negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica diagnosticadas com câncer de mama. A execução do programa foi realizada por assistentes sociais e enfermeiros, tendo como objetivo central a identificação e a eliminação dos entraves que dificultavam o acesso dessa população aos serviços de saúde entre o momento do diagnóstico e o início do tratamento¹⁷.

Mesmo em contextos de elevado desenvolvimento econômico, como nos Estados Unidos, evidenciou-se a necessidade de implementação do PNP especificamente para pacientes com câncer de mama, com atuação direta de profissionais de Serviço Social e enfermagem. Tal constatação suscita reflexões acerca da relevância do Serviço Social no Brasil em programas análogos, considerando que a atuação dessa categoria profissional visa garantir as condições sociais necessárias à efetivação do acesso ao tratamento oncológico.

Ressalta-se, ainda, a importância do papel do navegador tanto na fase de detecção quanto na fase de tratamento da doença. A implementação de programas de navegação tem o potencial de promover avanços expressivos na redução de custos e no impacto econômico, bem como de contribuir de maneira significativa para a melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

No Brasil, a partir da Reforma Sanitária, especialmente na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) passou a atuar de maneira mais incisiva na prevenção e no tratamento do câncer. O impacto negativo decorrente dos atrasos no prognóstico de pacientes oncológicos no setor público evidenciou a necessidade de implementação de estratégias voltadas ao controle da doença. Nesse contexto, em 2012, foi promulgada a denominada Lei dos 60 Dias, que estabeleceu prazos para o início do tratamento oncológico.

Posteriormente, com a promulgação da Lei nº 12.732/12, instituiu-se o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), destinado a auxiliar profissionais de saúde na detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama, bem como no monitoramento da implementação da lei. O SISCAN permite a sistematização de informações sobre o tempo de tratamento das pacientes, consultas, exames diagnósticos e testes, além de possibilitar o estabelecimento de metas e indicadores para futuras ações relacionadas ao câncer¹⁸.

Ademais, em 2013, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política possibilitou o delineamento, a organização e a estruturação do funcionamento das ações de prevenção e controle do câncer no país.

Sete anos após a promulgação da Lei dos 60 Dias e aproximadamente seis anos após o estabelecimento da Política Nacional, entrou em vigor a Lei nº 13.896/19, que estipulou que o

intervalo entre a suspeita e a confirmação do diagnóstico não deve ultrapassar trinta dias. Mais recentemente, em setembro de 2022, o Brasil instituiu a Lei nº 14.450, que versa sobre o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama. O programa tem como objetivo reduzir o tempo para o início do tratamento oncológico, minimizar perdas de seguimento e aprimorar os resultados do cuidado em saúde de mulheres com câncer de mama.

Outras medidas relevantes incluem o cadastramento e a organização de uma rede hierarquizada de estabelecimentos, definidos como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), bem como o Projeto OncoRede, lançado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2016. Este projeto visa articular uma rede de cuidados oncológicos, reestruturando o processo de diagnóstico, aprimorando estratégias de rastreamento e aferindo o impacto das ações na performance do sistema suplementar de saúde. Para atingir tais objetivos, recomenda-se, entre outras ações, a implementação de programas de navegação de pacientes, com a atuação do navegador como profissional especializado na facilitação do percurso do paciente¹⁷.

Além disso, em 19 de dezembro de 2023, ocorreu um novo marco para as políticas públicas de oncologia no Brasil com a sanção da Lei nº 14.758. Esta lei não apenas estabelece a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, como também cria o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. O programa propicia uma abordagem de acompanhamento individualizado, realizado por um ou mais profissionais especializados, durante todo o processo de diagnóstico e tratamento do câncer.

Não obstante, observa-se uma ausência de padronização metodológica nos programas de navegação, refletida na diversidade de contextos, etapas, critérios de inclusão e funções atribuídas aos navegadores. Outra limitação refere-se à avaliação de desfechos de longo prazo, uma vez que a maioria dos estudos foca em indicadores como tempo até o início do tratamento, adesão e satisfação do paciente, com raras análises sobre sobrevivência, qualidade de vida ampla, impacto socioeconômico ou redução de inequidades estruturais¹⁹.

Apesar dos avanços promovidos pelo marco regulatório da política de saúde no Brasil — área historicamente marcada por acúmulo de experiência política e democrática ao longo do processo de consolidação institucional do SUS —, é fundamental reconhecer a relevância do Programa de Navegação na redução das disparidades em saúde e na superação de barreiras ao tratamento oncológico em tempo oportuno²⁰. Os navegadores de pacientes são profissionais de saúde treinados para facilitar a trajetória do paciente no sistema, auxiliando-o a superar barreiras institucionais, socioeconômicas e individuais ao acesso aos cuidados¹⁸.

Sabe-se que obstáculos ao acesso a cuidados oncológicos no Brasil resultam em atrasos no diagnóstico e tratamento, levando à apresentação da doença em estágios avançados e elevadas taxas de mortalidade. Nesse contexto, o país ainda avança lentamente na implementação do modelo de Navegação de Pacientes idealizado nos Estados Unidos, o qual também foi adaptado por países como Canadá e Austrália, com base na experiência pioneira de Harold Freeman.

Os achados deste estudo indicam que o Programa de Navegação de Pacientes (PNP) representa uma estratégia relevante para reduzir barreiras institucionais, socioeconômicas e pessoais ao acesso ao tratamento do câncer de mama. A navegação de pacientes é concebida como uma abordagem centrada no paciente, que facilita a transição entre os diferentes níveis do sistema de saúde, garantindo atenção integral e oportunização do tratamento⁸. Essa abordagem é particularmente importante em sistemas fragmentados, como o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a complexidade organizacional e as desigualdades regionais impactam diretamente os tempos de atendimento e os desfechos clínicos.

Estudos nacionais (E1, E2, E3, E4) indicam que, apesar dos avanços proporcionados pelo PNP, persistem desafios estruturais, como insuficiência de recursos humanos e materiais para a implementação de ambulatorios específicos, bem como lacunas na comunicação entre atenção primária e especialistas. Esses achados corroboram evidências internacionais sobre barreiras institucionais à implementação de programas de navegação, que apontam a necessidade de políticas claras, fluxos padronizados e treinamento profissional contínuo²¹.

Outro desafio identificado é o atraso nos exames anatomopatológicos e de imuno-histoquímica, que compromete a qualidade do diagnóstico e impacta diretamente no prognóstico do paciente. Dados do Controle de Câncer de Mama no Brasil ^{2,5,7,9} evidenciam disparidades regionais no tempo de liberação dos exames e no início do tratamento, indicando que, mesmo com a Lei dos Sessenta Dias, a efetividade da norma depende de monitoramento rigoroso e suporte institucional adequado. Tal contexto reforça a necessidade de intervenções sistemáticas para reduzir atrasos, função central da navegação de pacientes.

Quanto à atuação dos profissionais navegadores, os estudos revisados demonstram que limitar essa função a uma única categoria profissional, como enfermeiros, é inconsistente com os princípios do PNP, que enfatizam o cuidado integral e multiprofissional⁶. Evidências apontam que a eficácia da navegação depende mais da competência, treinamento e habilidades interpessoais do que da formação específica do profissional^{19,20,21}. Os estudos nacionais (E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11) reforçam essa perspectiva, demonstrando que

assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem atuar como navegadores, desde que possuam capacitação adequada.

A inclusão de assistentes sociais é particularmente relevante, pois permite abordar não apenas aspectos clínicos, mas também determinantes sociais da saúde, como suporte financeiro, transporte e orientação familiar, ampliando o escopo do cuidado centrado no paciente²⁰. Tal abordagem multidimensional está alinhada à literatura sobre cuidados oncológicos integrados, que destaca a necessidade de intervenções interdisciplinares para reduzir desigualdades no acesso e melhorar os desfechos clínicos^{8,18}.

Portanto, os resultados apontam que o sucesso do PNP depende da flexibilidade na escolha do profissional navegante, do treinamento específico, da integração entre diferentes níveis de atenção e da adoção de políticas institucionais que garantam recursos adequados. A discussão sugere que a navegação multiprofissional, com foco na qualificação e na colaboração interdisciplinar, é essencial para superar barreiras e promover cuidado integral, eficiente e equitativo para pacientes com câncer de mama no contexto brasileiro.

Cabe ressaltar que os estudos existentes apresentam limitações que devem ser consideradas. A maior parte das pesquisas concentra-se na atuação de **navegadores clínicos**, havendo escassas referências explícitas à participação de assistentes sociais como navegadores. Até o momento, não existe um corpo consistente de pesquisa científica que avalie o impacto da navegação realizada por assistentes sociais de maneira comparável à evidência disponível para a navegação clínica. Dessa forma, o Brasil ainda avança de maneira gradual na implementação do modelo de Navegação de Pacientes idealizado nos Estados Unidos por Harold Freeman, adaptado posteriormente por países como Canadá e Austrália, sendo essencial consolidar a atuação do Serviço Social e a pesquisa sobre o impacto de navegadores no contexto brasileiro.

5 CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que a atuação de assistentes sociais como navegadores de pacientes com câncer de mama, embora ainda em fase inicial, apresenta significativo potencial para aprimorar a jornada de cuidado. Ressalta-se a importância dessa categoria profissional no Programa de Navegação de Pacientes (PNP), destacando os impactos positivos da intervenção na vida das pacientes.

A navegação de pacientes para câncer de mama constitui uma estratégia reconhecida e respaldada por evidências de benefício, incluindo melhoria na coordenação do cuidado, aceleração do início do tratamento, aumento da adesão e da satisfação do paciente, além da

redução de barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Contudo, o desenvolvimento do PNP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece lento, com predomínio de enfermeiros na função de navegadores, evidenciando a necessidade de investimentos e estratégias que ampliem a atuação multidisciplinar e promovam um cuidado integral mais eficiente. Observa-se também que a maior parte das experiências está restrita ao ambiente hospitalar, limitando o acesso a recursos essenciais ao longo da jornada terapêutica. Para maximizar a efetividade do PNP, recomenda-se a expansão do programa para além do hospital, garantindo suporte contínuo e abrangente às necessidades das pacientes.

Ademais, a atuação do “assistente social navegador” permanece sub explorada na literatura científica, evidenciando uma lacuna significativa para estudos que avaliem de forma sistemática seu impacto, comparando-o com a atuação de outros profissionais e considerando desfechos amplos, tais como indicadores psicossociais, de equidade e de acesso. Para avançar nessa área, é necessária a realização de pesquisas nacionais bem delineadas, que contemplem a descrição detalhada do perfil do navegador, dos processos de navegação, dos desfechos observados e da efetividade das intervenções em diferentes contextos, incluindo o sistema público (SUS), o setor privado e áreas rurais ou urbanas.

A atuação das assistentes sociais destaca-se pela capacidade de integrar dimensões clínicas, sociais e administrativas do cuidado. Essas profissionais possuem competência técnica para identificar e intervir nas demandas sociais e de saúde, orientando e facilitando o acesso a direitos e benefícios, conforme previsto no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da profissão. O cuidado integral deve considerar fatores como trabalho, renda, habitação, alimentação e mobilidade, os quais influenciam diretamente a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos.

Os achados reforçam a relevância da navegação, permitindo a participação de diferentes profissionais qualificados no processo, em consonância com a política de navegação, que preconiza um cuidado multiprofissional e centrado nas necessidades do paciente. A inclusão de assistentes sociais e de outros profissionais contribui para uma jornada de tratamento mais eficiente, integrada e menos onerosa. Por fim, os resultados evidenciam a necessidade de novas pesquisas que aprofundem a compreensão sobre a atuação de assistentes sociais no PNP, visando explorar integralmente seu impacto na promoção de um cuidado integral, equitativo e de qualidade para pacientes com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2022: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
3. Garajau ACP, Gomes MLC, Prado MRMM, Moura LR. Disparidades raciais no rastreamento dos cânceres femininos no Brasil, PNS 2019. Saúde Coletiva (Barueri). 2024 Sep;20(3). doi:10.22481/rsc.v20i3.14425.
4. Lemos LLP, Souza MC, Guerra AA Jr, Piazza T, Araújo RM, Cherchiglia ML. Racial disparities in breast cancer survival after treatment initiation in Brazil: a nationwide cohort study. Lancet Glob Health. 2024;12(2):e292–e305. doi:10.1016/S2214-109X(23)00521-1.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
6. Brasil. Lei nº 14.450, de 21 de setembro de 2022. Institui o Programa Nacional de Navegação de Pacientes com Neoplasia Maligna de Mama. Diário Oficial da União [Internet]. 2022 set 21 [citado 2026 jan 28]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>
7. Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 dez 19 [citado 2026 jan 28]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>
8. Freeman HP, Rodriguez R. History and principles of patient navigation. Cancer. 2011;117(15):3537–3540. doi:10.1002/cncr.26262.
9. Iamamoto MV. Serviço social em tempo de capital fetiche. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2015.
10. Roque AC. Navegação de pacientes oncológicos: benefícios e desafios para a prática de enfermeiros assistenciais [dissertação] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina; 2024 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br>
11. Netto JP. Introdução ao método da teoria social. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, organizadores. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS; 2009. p. 667–700.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19–32. doi:10.1080/1364557032000119616.
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4.
15. Rayyan Systems Inc. Rayyan – Intelligent Systematic Review [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 19]. Available from: <https://www.rayyan.ai>
16. Ianni O. A construção da categoria. Transcrição de aula ministrada no curso de pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1986.
17. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse navigator: development of a program for Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3275. doi:10.1590/1518-8345.3258.3275
18. Bukowski A, Gioia S, Chavarri-Guerra Y, Soto-Pérez-de-Celis E, St Jessica. Navegação do paciente para melhorar o acesso ao tratamento do câncer de mama no Brasil. J Glob Oncol. 2017;3:433–437. doi:10.1200/JGO.2016.006726.

19. Maia GKC, Ramos RS, Pautasso FF, Santos CMC dos. História, conceitos e modelos da navegação de pacientes oncológicos por enfermeiros no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2025;71(4):e195255. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5255.
20. Freitas Júnior R, Macedo R, Gioia S, Cipriani L, Migowski A, Wartchow ES, et al. Guia de boas práticas em navegação de pacientes com câncer de mama no Brasil [Internet]. Goiânia: Conexão Soluções Corporativas; 2021 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/4995/1/Guia-de-Boas-Praticas-em-Navegacao-de-Pacientes-com-Cancer-de-Mama-no-Brasil_-1-2.pdf
21. Wells KJ, Nuhaily S. Models of patient navigation. In: Calhoun EA, Esparza A, editores. Patient navigation [Internet]. New York: Springer; 2018. p. 27–40 [acessado: 28 jan 2026]. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-6979-1_2

ANEXOS

Tabela 1 - Estratégia População, Conceito e Contexto (PCC)

Elemento	Definição
População (P)	Assistentes sociais navegadores
Conceito (C)	Programa de Navegação de Pacientes (PNP)
Contexto (C)	Tratamento do câncer de mama

Fonte: elaboração própria, 2024.

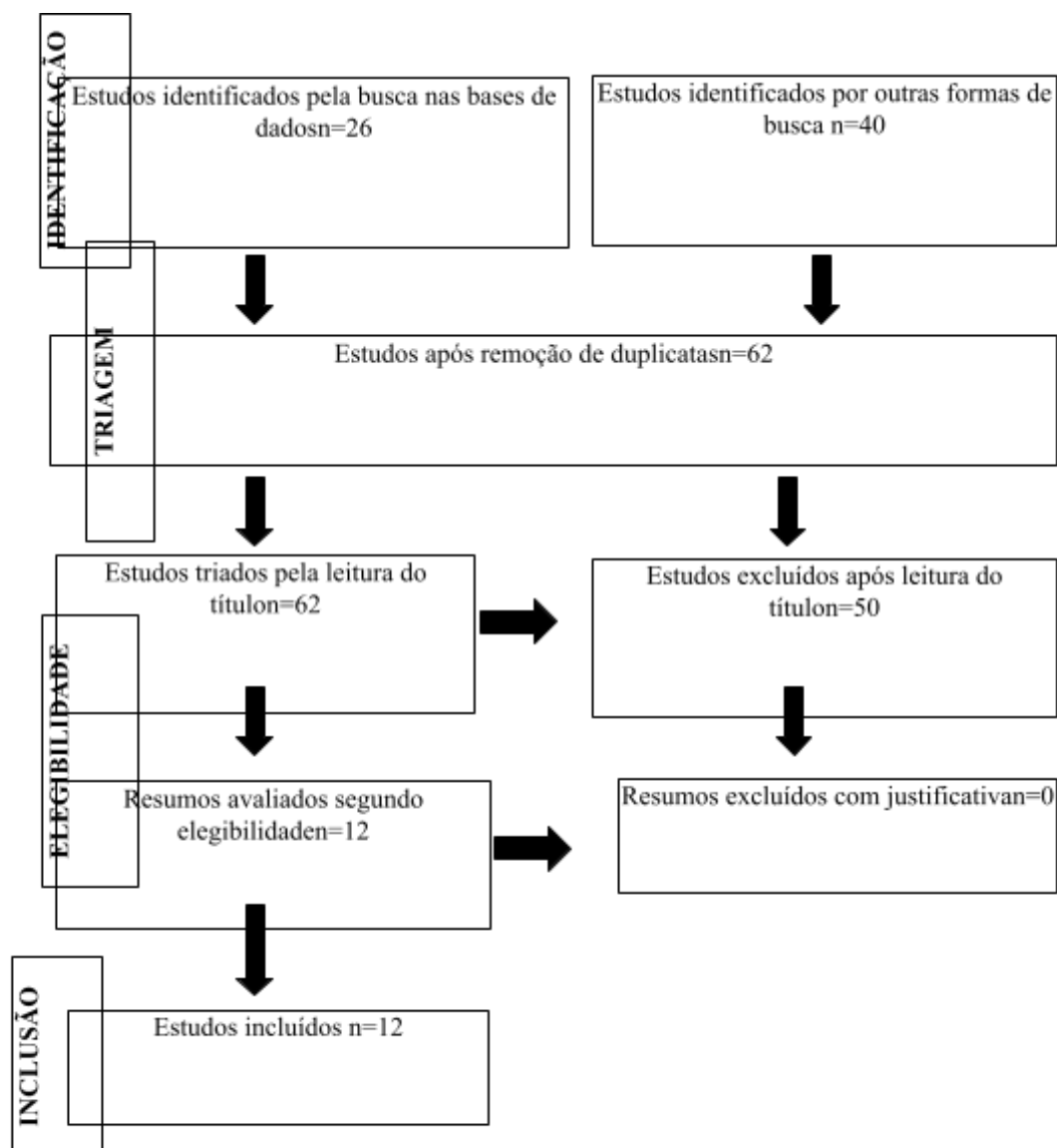
Tabela 2 - Estratégia de busca:

Base de Dados	Termos de Busca	Resultado
BVS/LILACS	((("Navegação de Pacientes" OR ((navegação) AND (paciente*)) OR "Patient Navigation") AND ("Neoplasias da Mama" OR ((cancer* OR carcinom* OR neoplas* OR tumor*) AND (mama* OR seio OR seno)))) AND (Brasil OR Brazil))	8
BDENF	Igual ao anterior	4
BIGG	Igual ao anterior	1
Medline	("Patient Navigation"[MeSH Terms] OR Patient Navigat*[Title/Abstract])) AND ("Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR Breast Cancer[Title/Abstract]) AND (Brazil[MeSH Terms] OR Brazil[Title/Abstract])	4

Proquest	(Patient Navigat*) AND ((Breast OR Mammary) AND (Cancer OR Tumor* OR Carcinoma OR Neoplas*)) AND Brazil	12
SciELO	Igual ao BVS/LILACS	1
Scopus	TITLE-ABS-KEY("Social Workers") AND TITLE-ABS-KEY(patient AND navigat*) AND TITLE-ABS-KEY(brazil)	0
Portal CAPES	“Navegação de Pacientes”	15
Google Acadêmico	("Serviço Social" OR "Assistente Social") AND ("Navegação de Pacientes") AND (Neoplasias OR Cancer) AND Mama	25

Fonte: Elaboração pela autora, 2025.

Figura 1 - O fluxograma apresenta todo processo de seleção dos estudos, conforme a recomendação PRISMA-ScR



Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Tabela 3 - Síntese dos estudos com código, objetivo, método, assunto central e principais resultados. Rio de Janeiro, 2025.

Código	Título	Tipo de estudo	Objetivo	Profissional NP	Principais resultados
--------	--------	----------------	----------	-----------------	-----------------------

E1	The path to implementing a patient navigation program in oncology	Relato de experiência	Descrever implementação de PNP	Enfermeiros	Melhor cuidado oncológico; enfermeiro protagonista; não menciona assistentes sociais
E2	Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil	Revisão sistemática	Analisar estratégias de rastreamento de câncer de mama	Agentes comunitários	NP melhora gestão do rastreamento; não aborda assistentes sociais
E3	Guia de Boas Práticas em Navegação de Pacientes	Guia Manual	Replicar projetos de NP	Assistentes sociais	Experiências positivas de assistentes sociais como NP; sugere abordagem multiprofissional
E4	Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia	Relato de experiência	Descrever atuação do NP na pandemia	Enfermeiros	NP central para continuidade do tratamento; não menciona assistentes sociais
E5	Implementation strategies for early detection of breast cancer	Revisão de revisões sistemáticas	Identificar estratégias para detecção precoce	Profissionais de saúde qualificados	NP melhora adesão a diretrizes; flexível quanto à categoria profissional
E6	Nurse Navigation Program Outcomes from a breast cancer center	Estudo transversal	Avaliar impacto do NP	Enfermeiros	Redução do tempo entre diagnóstico e início do tratamento; não menciona assistentes sociais

E7	Practical considerations for expediting breast cancer treatment in Brazil	Dissertativo-argumentativo	Identificar barreiras e propor estratégias	Profissionais de saúde treinados / voluntários	NP pode ser realizado por diferentes profissionais, incluindo assistentes sociais
E8	Navegação de pacientes no Rio de Janeiro	Artigo	Apresentar PNP para melhorar acesso	Profissionais de saúde treinados / pessoas locais	NP supera barreiras institucionais e socioeconômicas; flexível quanto à categoria
E9	Linha de cuidados do câncer de mama feminino	Dissertação	Organização de fluxos assistenciais	Equipe multiprofissional	NP pode ser realizado por diferentes profissionais; foco em integração do cuidado
E10	Barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento em mulheres jovens	Dissertação qualitativa	Analisar barreiras de acesso	Enfermeiros e assistentes sociais	Sugere que NP pode ser desempenhado por ambas categorias
E11	Operadora de plano de saúde: programa de NP	Artigo	Apresentar programa piloto de NP	Enfermeiros / outros profissionais	NP realizado por enfermeiros, mas admite outros profissionais; seleção baseada em perfil adequado
E12	Impacto da NP durante e após a pandemia SARS-CoV-2	Artigo	Avaliar impacto da NP	Enfermeiros	NP reduz atrasos no tratamento; não aborda outros profissionais

Fonte: Elaboração Própria, 2025.

Tabela 4 - Análise das perspectivas sobre a categoria profissional dos navegadores

Estudo	Profissional principal	Outros profissionais mencionados	Observações
--------	------------------------	----------------------------------	-------------

E1, E4, E6, E12	Enfermeiro	Não menciona	Enfoque em enfermeiros, sem referência a assistentes sociais
E3	Assistente social	Outros profissionais da saúde	Guia relata experiências bem-sucedidas e impacto positivo
E2	Agente comunitário	Não menciona	Navegação voltada para atenção primária
E5, E7, E8, E9, E11	Profissionais de saúde qualificados	Enfermeiros, outros profissionais, pessoas locais	Flexibilidade para atuação, enfatizando competência sobre categoria
E10	Enfermeiro e assistente social	Não especifica experiências	Sugere que ambas categorias podem desempenhar a função

Fonte: Elaboração Própria, 2025.

Laserterapia como estratégia terapêutica no tratamento da mucosite oral em pacientes oncológicos: revisão narrativa da literatura

Laser therapy as a therapeutic strategy in the treatment of oral mucositis in oncological patients: a narrative review of the literature

La terapia láser como estrategia terapéutica en el tratamiento de la mucositis oral en pacientes oncológicos: una revisión narrativa de la literatura

Marcelle Pinheiro Matos¹

Amanda Rezende de Souza²

Maysa Kharoliny dos Santos Sousa³

Keyse Loyanne Batista da Silva⁴

Wilson Gustavo Cral⁵

Thaís Gomes Benevenuto⁶

¹UDF Centro Universitário

²UDF Centro Universitário

³UDF Centro Universitário

⁴UDF Centro Universitário

⁵UDF Centro Universitário

⁶UDF Centro Universitário

RESUMO

Objetivo: A mucosite oral é uma complicação frequente em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia, caracterizada por inflamação, ulceração e dor intensa, comprometendo alimentação, fala e continuidade do tratamento oncológico. A laserterapia de baixa intensidade tem sido utilizada como estratégia terapêutica para reduzir sintomas e acelerar o reparo tecidual. **Método:** Esta revisão narrativa analisou estudos publicados entre 2019 e 2024 nas bases PubMed e BVS, selecionando 17 artigos que abordaram a aplicação da laserterapia na mucosite oral. **Resultados:** Os achados indicam efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes, com redução da gravidade das lesões e melhora da qualidade de vida. Como limitação, por tratar-se de revisão narrativa, não houve avaliação sistemática da qualidade metodológica dos estudos nem análise quantitativa dos dados, o que reduz a robustez das conclusões. **Conclusão:** Conclui-se que a laserterapia representa uma abordagem promissora no manejo da mucosite oral, embora sejam necessários estudos com maior padronização metodológica.

Palavras-Chaves: Estomatite. Mucosite oral. Radioterapia. Terapia a laser.

ABSTRACT

Objective: Oral mucositis is a frequent complication in patients undergoing chemotherapy and radiotherapy, characterized by inflammation, ulceration, and intense pain, which may impair eating, speaking, and adherence to cancer treatment. Low-level laser therapy has been used as a therapeutic strategy to reduce symptoms and promote tissue repair. **Method:** This narrative review analyzed studies published between 2019 and 2024 in the PubMed and VHL databases, selecting 17 articles addressing laser therapy for oral mucositis. **Results:** The findings indicate analgesic, anti-inflammatory, and healing effects, with reduced lesion severity and improved quality of life. As a limitation, because this is a narrative review, no systematic assessment of methodological quality or quantitative data analysis was performed, which may limit the strength of the conclusions. **Conclusion:** Laser therapy appears to be a promising approach for managing oral mucositis, although further studies with standardized protocols are needed.

Keywords: Stomatitis. Oral mucositis. Radiotherapy. Laser therapy.

RESUMEN

Objetivo: La mucositis oral es una complicación frecuente en pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia, caracterizada por inflamación, ulceración y dolor intenso, lo que puede afectar la alimentación, el habla y la continuidad del tratamiento oncológico. La terapia láser de baja intensidad se ha utilizado como estrategia terapéutica para reducir los síntomas y favorecer la reparación tisular. **Método:** Esta revisión narrativa analizó estudios publicados entre 2019 y 2024 en las bases PubMed y BVS, seleccionando 17 artículos que abordaron el uso de la terapia láser en la mucositis oral. **Resultados:** Los resultados muestran efectos analgésicos, antiinflamatorios y cicatrizantes, con disminución de la gravedad de las lesiones y mejora de la calidad de vida. Como limitación, por tratarse de una revisión narrativa, no se realizó una evaluación sistemática de la calidad metodológica ni un análisis cuantitativo de los datos, lo que puede limitar la solidez de las conclusiones. **Conclusión:** Se concluye que la terapia láser es una estrategia prometedora para el manejo de la mucositis oral, aunque se requieren estudios con mayor estandarización metodológica.

Palabras-clave: Estomatitis. Mucositis oral. Radioterapia. Terapia con láser.

1 INTRODUÇÃO

O câncer permanece um dos principais problemas de saúde pública mundial, figurando entre as principais causas de mortalidade e apresentando impacto crescente nos sistemas de saúde¹. No Brasil, os cânceres de cabeça e pescoço possuem elevada relevância epidemiológica, com estimativa de 39.550 novos casos registrados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2023, representando importante desafio clínico e assistencial^{2,3}.

Entre as complicações decorrentes do tratamento antineoplásico, a mucosite oral destaca-se pela alta prevalência em pacientes submetidos à quimioterapia e, especialmente, à

radioterapia em região de cabeça e pescoço, podendo acometer até 100% dos indivíduos expostos a doses terapêuticas elevadas⁴⁻⁸. Clinicamente, caracteriza-se por processo inflamatório agudo da mucosa, com eritema, ulcerações dolorosas e comprometimento funcional significativo, afetando alimentação, fala, higiene bucal e adesão ao tratamento⁶⁻¹³. Em casos graves, pode levar à interrupção ou redução das doses terapêuticas, impactando negativamente o prognóstico e a qualidade de vida^{4,6,11-13}.

Nesse cenário, a laserterapia de baixa intensidade tem ganhado destaque como estratégia terapêutica complementar, devido aos seus efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e bioestimuladores^{5,10,11,15}. Estudos recentes sugerem que a fotobiomodulação reduz a severidade das lesões, acelera o reparo tecidual e favorece a continuidade do tratamento antineoplásico^{6,7,10,12,16,21}. No entanto, apesar dos resultados promissores, a literatura apresenta importante heterogeneidade metodológica, especialmente quanto aos parâmetros de aplicação, como comprimento de onda, dose, frequência e tempo de exposição^{4,6,12,16,21}. Essa variabilidade dificulta a comparação entre estudos e impede a consolidação de protocolos clínicos padronizados.

Embora diretrizes internacionais recomendem a fotobiomodulação para prevenção e manejo da mucosite oral²¹, ainda há lacunas científicas relacionadas à consistência das evidências, à ausência de padronização dos protocolos e à escassez de estudos com maior rigor metodológico. Tais limitações reforçam a necessidade de revisões que sintetizem criticamente o conhecimento disponível, destacando avanços, fragilidades e perspectivas para a prática clínica.

Diante desse cenário, o objetivo desta revisão narrativa é analisar a contribuição da laserterapia de baixa intensidade no manejo da mucosite oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com ênfase na redução da dor, na gravidade das lesões e na promoção de melhores condições clínicas durante o tratamento oncológico.

2 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi sintetizar evidências recentes sobre a utilização da laserterapia de baixa intensidade no manejo da mucosite oral em pacientes oncológicos. A escolha por uma revisão narrativa justifica-se pela possibilidade de integrar diferentes tipos de estudos,

permitindo uma análise ampla e contextualizada do tema, ainda que sem o rigor metodológico de revisões sistemáticas. Por essa razão, não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos, característica inerente a esse tipo de revisão.

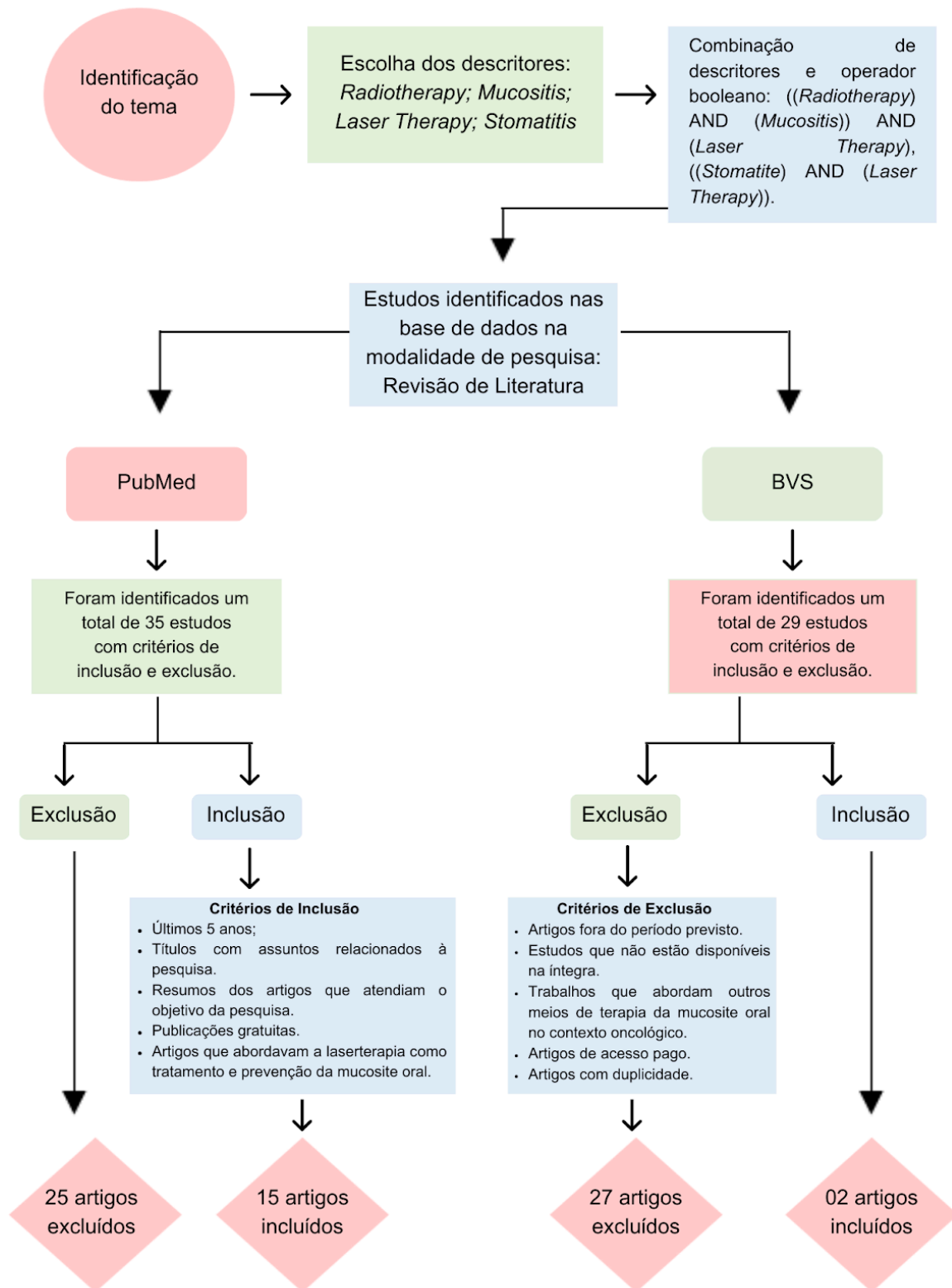
As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre janeiro de 2019 e dezembro de 2024. Foram utilizados os descritores controlados “*radiotherapy*”, “*mucositis*”, “*laser therapy*” e “*stomatitis*”, combinados pelos operadores booleanos AND, conforme as estratégias: ((*Radiotherapy*) AND (*Mucositis*)) AND (*Laser Therapy*), ((*Stomatitis*) AND (*Laser Therapy*)).

Foram incluídos estudos que: abordassem a laserterapia como método de prevenção ou tratamento da mucosite oral; estivessem disponíveis na íntegra; fossem publicados em português ou inglês; apresentassem relação direta com o objetivo da revisão. Foram excluídos: estudos duplicados; artigos fora do recorte temporal; publicações que abordassem outras modalidades terapêuticas sem relação com a laserterapia; estudos que não respondiam ao objetivo proposto. A seleção ocorreu em três etapas: triagem dos títulos, leitura dos resumos, leitura integral dos artigos elegíveis.

A extração dos dados foi realizada de forma descritiva, considerando autor, ano, tipo de estudo, população avaliada, parâmetros de laser utilizados, principais achados clínicos e conclusões. A síntese dos resultados ocorreu por meio de análise temática qualitativa, agrupando os estudos conforme aspectos recorrentes, como efeitos clínicos, parâmetros terapêuticos e limitações metodológicas.

Um fluxograma representando o processo de identificação, triagem e seleção dos estudos foi elaborado com base no modelo PRISMA (figura 1), porém adaptado ao formato de revisão narrativa, sem pretensão de seguir integralmente suas diretrizes metodológicas. Fontes institucionais, como documentos da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, foram utilizadas apenas para contextualização teórica, não integrando a análise dos estudos incluídos.

Figura 1. Fluxograma: Esquema representativo da pesquisa dos materiais e métodos.



Fonte: Autoras.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A mucosite oral é uma das complicações mais frequentes e debilitantes associadas ao tratamento oncológico, especialmente em pacientes submetidos à quimioterapia e à radioterapia em região de cabeça e pescoço. Sua incidência varia entre 80% e 100% nos pacientes tratados com radioterapia e entre 20% e 40% naqueles submetidos à quimioterapia^{4-8, 20}. Clinicamente, caracteriza-se por eritema, ulcerações dolorosas e comprometimento funcional da cavidade oral, afetando principalmente mucosa jugal, soalho bucal, palato mole e bordas da língua²⁰. A Figura 2 ilustra um caso de mucosite oral extensa, evidenciando a gravidade das lesões ulceradas e a presença de pseudomembrana fibrinosa após radioterapia, reforçando o impacto clínico dessa condição.

Figura 2: Mucosite oral extensa, parcialmente coberta por uma pseudomembrana de fibrina amarela, atingindo mucosa jugal, mucosa labial e palato, após radioterapia para tratamento de carcinoma oral.



Fonte: Gustavo Meneses Lopes Zaneti Alves, Ana Cristina da Rocha Duque¹⁷.

Os estudos analisados demonstram que a mucosite oral compromete significativamente a qualidade de vida dos pacientes, causando dor intensa, dificuldade na alimentação, disfagia, alterações da fala e prejuízo à higiene bucal^{6, 9-13}. Além disso, as lesões ulcerativas favorecem infecções locais e sistêmicas, podendo resultar em desnutrição, perda de peso e necessidade de suporte nutricional, analgesia intensiva e hospitalização^{4, 7, 13}. O agravamento da mucosite está diretamente relacionado ao aumento do tempo de internação e à maior debilidade clínica^{6, 9}.

3.1 Fisiopatologia da mucosite oral

A fisiopatologia da mucosite oral envolve um processo multifatorial dividido em cinco fases: iniciação, resposta ao dano primário, amplificação do sinal, ulceração e cicatrização^{12, 13, 17}. A ação citotóxica da quimioterapia e da radioterapia desencadeia danos celulares, produção de espécies reativas de oxigênio e ativação de mediadores inflamatórios, como TNF- α , interleucinas e COX-2^{12, 13, 17}. A progressão dessas alterações favorece a ruptura epitelial, formação de úlceras dolorosas e maior suscetibilidade a infecções oportunistas.

3.2 Impacto clínico e funcional

A mucosite oral interfere diretamente na alimentação, fala, deglutição e higiene bucal, podendo levar à interrupção ou redução das doses do tratamento antineoplásico^{4, 6, 11-13}. A dor intensa e a inflamação local frequentemente exigem analgesia potente e suporte nutricional, aumentando o risco de hospitalização^{4, 7, 13}. Estudos apontam que a gravidade da mucosite está associada ao aumento do tempo de internação e à piora do estado geral do paciente^{6, 9}.

3.3 Efeitos terapêuticos da laserterapia

Entre os 17 estudos selecionados, observou-se consenso quanto aos benefícios da laserterapia de baixa intensidade, também denominada fotobiomodulação, na prevenção e no tratamento da mucosite oral⁴⁻²¹. Os principais efeitos relatados foram redução da dor, diminuição da gravidade das lesões, aceleração da cicatrização e melhora da qualidade de vida^{6, 7, 10, 12, 15, 16, 21}. Cronshaw et al. (2020)⁶ e Franco et al. (2023)¹² demonstraram menor intensidade da mucosite e recuperação tecidual mais rápida em pacientes tratados com fotobiomodulação. Adnan et al. (2021)¹⁶ e Robijns et al. (2022)²¹ observaram que protocolos utilizando comprimento de onda próximo a 660 nm e doses entre 2 e 6 J/cm² apresentaram resultados eficazes na redução da dor e no reparo das lesões orais.

3.4 Parâmetros terapêuticos e heterogeneidade metodológica

Apesar dos resultados positivos, os estudos analisados apresentaram importante heterogeneidade metodológica, principalmente em relação aos parâmetros utilizados, como comprimento de onda, dose de energia, frequência das aplicações e duração do tratamento^{4, 6, 12, 16, 21}. Essa ausência de padronização dificulta a comparação direta entre os estudos e limita a definição de protocolos clínicos universais para utilização da fotobiomodulação na mucosite oral. O laser de diodo foi o mais frequentemente utilizado, principalmente pelos

menores custos operacionais e maior facilidade de aplicação clínica^{9, 10, 16}. Entretanto, ainda não existe consenso definitivo sobre qual protocolo apresenta maior efetividade clínica.

3.5 Limitações e desafios na implementação

Alguns estudos mencionaram a necessidade de treinamento especializado para aplicação adequada da terapia, além do elevado custo dos equipamentos, fatores que podem limitar sua implementação em serviços com menor disponibilidade de recursos^{9, 11}. Embora raros, alguns estudos também mencionaram possíveis efeitos adversos decorrentes do uso inadequado dos parâmetros terapêuticos^{6, 12}. A resposta clínica também pode variar conforme o grau da mucosite: lesões grau 1 e 2 tendem a responder melhor à fotobiomodulação, enquanto pacientes com mucosite grau 3 apresentam resposta mais limitada^{7, 9}.

3.6 Síntese crítica dos achados

De forma geral, os estudos convergem ao demonstrar que a fotobiomodulação modula a resposta inflamatória, estimula a regeneração celular e reduz a sintomatologia dolorosa. Entretanto, a literatura ainda demonstra necessidade de maior padronização dos protocolos clínicos e realização de estudos com metodologias mais homogêneas, visando consolidar evidências mais robustas sobre sua eficácia e aplicabilidade clínica. A heterogeneidade dos parâmetros terapêuticos, a ausência de avaliação metodológica rigorosa e a variabilidade dos desfechos clínicos reforçam a necessidade de ensaios clínicos mais consistentes.

4 DISCUSSÃO

Os achados desta revisão reforçam o papel da laserterapia de baixa intensidade como uma estratégia eficaz no manejo da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia. De modo geral, os estudos analisados demonstraram redução da dor, diminuição da gravidade das lesões e aceleração do processo de cicatrização^{6, 7, 10, 12, 15, 16, 21}. Esses resultados convergem com diretrizes internacionais que recomendam a fotobiomodulação como medida preventiva e terapêutica para mucosite oral, especialmente em pacientes com câncer de cabeça e pescoço²¹.

Entretanto, embora haja consenso quanto aos benefícios clínicos, a literatura apresenta importante heterogeneidade metodológica. Os estudos diferem quanto ao comprimento de onda utilizado, dose de energia, frequência das aplicações e tempo total de tratamento^{4, 6, 12, 16, 21}. Essa variabilidade dificulta comparações diretas e limita a definição de protocolos clínicos padronizados. Por exemplo, enquanto Adnan et al. (2021)¹⁶ e Robijns et al. (2022)²¹ obtiveram

resultados positivos com comprimentos de onda próximos a 660 nm, outros estudos utilizaram parâmetros distintos, o que pode influenciar a resposta terapêutica. Essa falta de uniformidade metodológica é uma das principais barreiras para a consolidação da fotobiomodulação como prática clínica universal.

Outro ponto relevante diz respeito às diferenças na resposta clínica conforme o grau da mucosite. Estudos como os de Franco et al. (2023)¹² e Cronshaw et al. (2020)⁶ indicam que pacientes com mucosite grau 1 e 2 tendem a apresentar melhor resposta à laserterapia, enquanto casos mais graves (grau 3) demonstram melhora mais limitada. Essa observação sugere que a fotobiomodulação pode ser mais eficaz quando iniciada precocemente, reforçando a importância de protocolos preventivos.

Além disso, alguns estudos destacaram desafios relacionados à implementação da laserterapia na prática clínica, como a necessidade de treinamento especializado e o custo dos equipamentos^{9,11}. Embora a fotobiomodulação seja considerada segura, efeitos adversos decorrentes do uso inadequado dos parâmetros terapêuticos foram mencionados em alguns trabalhos^{6,12}, o que reforça a necessidade de capacitação profissional e padronização dos protocolos.

Do ponto de vista metodológico, os estudos incluídos apresentam limitações importantes, como amostras reduzidas, ausência de estudos cegos, falta de grupos controle e variabilidade nos instrumentos de avaliação da mucosite. Essas fragilidades podem introduzir vieses e comprometer a robustez das conclusões. Além disso, a maioria dos estudos é de natureza observacional ou ensaios clínicos com pequeno número de participantes, o que limita a generalização dos resultados.

Também é importante reconhecer as limitações da presente revisão. Por se tratar de uma revisão narrativa, não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que reduz a força das conclusões. A ausência de análise quantitativa e a possibilidade de viés de seleção também devem ser consideradas. Ainda assim, a revisão oferece uma síntese abrangente e atualizada sobre o tema, contribuindo para a compreensão dos benefícios e desafios associados à laserterapia no manejo da mucosite oral.

De forma geral, os achados desta revisão indicam que a fotobiomodulação apresenta potencial significativo para reduzir a severidade da mucosite oral e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. No entanto, a heterogeneidade dos protocolos e as limitações metodológicas dos estudos reforçam a necessidade de ensaios clínicos mais robustos, com maior padronização dos parâmetros terapêuticos e metodologias mais rigorosas. A

consolidação de diretrizes clínicas baseadas em evidências depende de pesquisas futuras que abordem essas lacunas.

5 CONCLUSÃO

Os achados desta revisão reforçam que a laserterapia de baixa intensidade representa uma estratégia terapêutica promissora para o manejo da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia, especialmente aqueles com câncer de cabeça e pescoço. De forma consistente, os estudos analisados demonstraram redução da dor, diminuição da gravidade das lesões e aceleração do processo de cicatrização, contribuindo para melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento oncológico. Esses resultados evidenciam o potencial da fotobiomodulação como recurso complementar capaz de minimizar os impactos clínicos e funcionais da mucosite oral.

Entretanto, apesar dos benefícios observados, a literatura apresenta heterogeneidade significativa quanto aos parâmetros terapêuticos utilizados, como comprimento de onda, dose de energia, frequência das aplicações e duração do tratamento. Essa variabilidade metodológica limita a comparação entre estudos e dificulta a consolidação de protocolos clínicos padronizados. Além disso, a maioria das pesquisas apresenta amostras reduzidas e metodologias diversas, o que reforça a necessidade de cautela na generalização dos resultados.

É importante reconhecer também as limitações desta revisão. Por se tratar de uma revisão narrativa, não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que pode introduzir vieses e reduzir a força das conclusões. A ausência de análise quantitativa e a possibilidade de omissão de estudos relevantes também devem ser consideradas.

Ainda assim, esta revisão contribui ao sintetizar evidências recentes e destacar lacunas importantes na literatura. Para o avanço do conhecimento e fortalecimento das recomendações clínicas, são necessários ensaios clínicos mais robustos, com maior padronização dos parâmetros de fotobiomodulação, amostras ampliadas e metodologias rigorosas. A consolidação de diretrizes clínicas depende de estudos futuros que abordem essas limitações e permitam estabelecer protocolos mais seguros, eficazes e reprodutíveis.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Câncer [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2023 [acesso em 2024 ago 5]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>.

2. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Estimativa de câncer de cabeça e pescoço para 2023 [Internet]. São Paulo: SBCCP; 2023 [acesso em 2024 ago 5]. Disponível em: <https://sbccp.org.br/julho Verde/estimativa-de-cancer-de-cabeca-e-pescoco-para-2023/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. O diagnóstico precoce é fundamental no tratamento do câncer de cabeça e pescoço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 jul [acesso em 2024 ago 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/diagnostico-precoce-e-fundamental-no-tratamento-do-cancer-de-cabeca-e-pescoco> (gov.br in Bing).
4. Courtois E, Bouleftour W, Guy JB, Louati S, Bensadoun RJ, Rodriguez-Lafrasse C, et al. Mechanisms of photobiomodulation focused on oral mucositis prevention and treatment: a scoping review. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):1–15. doi:10.1186/s12903-021-01549-4.
5. Daugėlaitė G, Užkuraitytė K, Jagelavičienė E, Filipauskas A. Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy-induced oral mucositis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(2):25. doi:10.3390/medicina55020025.
6. Cronshaw M, Parker S, Anagnostaki E, Mylona V, Lynch E, Grootveld M. Photobiomodulation and oral mucositis: a systematic review. *Dent J (Basel)*. 2020;8(3):87. doi:10.3390/dj8030087.
7. Sánchez-Martos R, Lamdaoui W, Arias-Herrera S. Therapeutic outcomes of photobiomodulation in cancer treatment-induced oral mucositis: a systematic review. *J Clin Exp Dent*. 2023;15(1):e749–59. doi:10.4317/jced.60562.
8. Gobbo M, Merigo E, Arany PR, Bensadoun RJ, Santos-Silva AR, Gueiros LA, et al. Quality assessment of PBM protocols for oral complications in head and neck cancer patients: Part 1. *Front Oral Health*. 2022;3:931598. doi:10.3389/froh.2022.931598.
9. Kauark-Fontes E, Migliorati CA, Epstein JB, Treister NS, Alves CGB, Faria KM, et al. Extraoral photobiomodulation for prevention of oral and oropharyngeal mucositis in head and neck cancer patients: interim analysis of a randomized, double-blind clinical trial. *Support Care Cancer*. 2022;30(3):2225–36. doi:10.1007/s00520-021-06632-4.
10. Melo WWP, Aragão WAB, Baia-da-Silva DC, Nascimento PC, Lima RR, Souza-Rodrigues RD. Effects of photobiomodulation on oral mucositis: visualization and analysis of knowledge. *Life (Basel)*. 2022;12(11):1940. doi:10.3390/life12111940.
11. Legouté F, Bensadoun RJ, Seegers V, Pointreau Y, Caron D, Lang P, et al. Low-level laser therapy in treatment of chemoradiotherapy-induced mucositis in head and neck cancer: results of a randomized, triple-blind, multicentre phase III trial. *Radiat Oncol*. 2019;14(1):83. doi:10.1186/s13014-019-1292-2.
12. Franco R, Lupi E, Iacomino E, Galeotti A, Capogreco M, Santos JM, et al. Low-level laser therapy for the treatment of oral mucositis induced by hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review with meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(8):1413. doi:10.3390/medicina59081413.
13. Kusiak A, Jereczek-Fossa BA, Cichońska D, Alterio D. Oncological-therapy related oral mucositis as an interdisciplinary problem: literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2464. doi:10.3390/ijerph17072464.
14. Redman MG, Harris K, Phillips BS. Low-level laser therapy for oral mucositis in children with cancer. *Arch Dis Child*. 2022;107(2):128–33. doi:10.1136/archdischild-2020-321490.
15. Alamoudi N, Nadhreen A, Elkhodary H. Low-level laser therapy in dentistry: extra-oral applications. *Niger J Clin Pract*. 2019;22(10):1313–20. doi:10.4103/njcp.njcp_86_19.
16. Adnan A, Yaroslavsky AN, Carroll JD, Selting W, Juliano AF, London WB, et al. The path to an evidence-based treatment protocol for extraoral photobiomodulation therapy for the prevention of oral mucositis. *Front Oral Health*. 2021;2:716451. doi:10.3389/froh.2021.716451.
17. Alves GMLZ, Duque ACR. Manejo clínico da mucosite oral: revisão de literatura. Seven Editora. 2023 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/2331>.

18. Wen S, Brito L, Santander J, Contreras G. Update on the treatment of chemotherapy- and radiotherapy-induced buccal mucositis: a systematic review. *Acta Odontol Latinoam*. 2023;36(1):3–14.
19. Cronshaw M, Parker S, Anagnostaki E, Mylona V, Lynch E, Grootveld M. Photobiomodulation dose parameters in dentistry: a systematic review and meta-analysis. *Dent J (Basel)*. 2020;8(4):114. doi:10.3390/dj8040114.
20. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier/GEN; 2016.
21. Robijns J, Nair RG, Lodewijckx J, Arany P, Barasch A, Bjordal JM, et al. Photobiomodulation therapy in management of cancer therapy-induced side effects: WALT position paper 2022. *Front Oncol*. 2022;12:951986. doi:10.3389/fonc.2022.951986.
22. Colella G, Boschetti CE, Vitagliano R, Colella C, Jiao L, King-Smith N, et al. Interventions for the prevention of oral mucositis in patients receiving cancer treatment: evidence from randomized controlled trials. *Curr Oncol*. 2023;30(1):967–80. doi:10.3390/curroncol30010074.

A pandemia da Covid-19 atrás das grades: os desafios enfrentados pelos Agentes Promotores de Saúde e a população vulnerabilizada

The Covid-19 pandemic behind bars: the challenges faced by Health Promoting Agents and the vulnerable population

La pandemia de Covid-19 tras las rejas: los desafíos que enfrentan los Agentes Promotores de la Salud y la población vulnerable

Weslen Santana Padilha¹

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos²

¹Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

²Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

RESUMO

Durante a pandemia de Covid-19, os Agentes Promotores de Saúde enfrentam desafios para garantir o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais. Visto que o que se vê na prática em determinados ambientes, é uma violação e exposição desses sujeitos a vulnerabilidades, pois o julgamento moral sobre o comportamento das pessoas privadas de liberdade define como vivem em sociedade, discriminando e dificultando seu acesso aos direitos básicos, igualitários e universais. O objetivo deste estudo é apresentar a pandemia no sistema prisional e os desafios enfrentados pelos Agentes Promotores de Saúde para acesso aos serviços de saúde pela população em privação de liberdade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que realizou 24 entrevistas entre janeiro e abril de 2023 com AgPS atuantes. Os aparatos legais da comunidade prisional reiteraram o direito constitucional da saúde e a implantação de unidades de saúde dentro do sistema, porém percebe-se um negligenciamento aos atendimentos das necessidades básicas, colocando o sujeito à mercê do poder verticalizado. No entanto, questiona-se o quanto as PPL dispõem do acesso às medidas e dispositivos protetivos, pois o direito à saúde, não vem se efetivando nos limites dos muros de determinadas unidades prisionais, contrastando a formalidade da redação da lei e os distanciamentos na prática efetiva. Diante desse cenário, os profissionais de saúde, segurança, gestores e demais que atuam intramuros, devem estar comprometidos para realizar continuamente ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e dar condições e garantia do direito à saúde e seu acesso.

Palavras – chave: Covid-19. Agente Promotor de Saúde. Sistema Prisional. População vulnerabilizada. Acesso à Saúde.

ABSTRACT

During the Covid-19 pandemic, Health Promoting Agents faced challenges in guaranteeing access to healthcare for people deprived of their liberty in prison units. Since what we see in practice in certain environments is a violation and exposure of these subjects to vulnerabilities, as the moral judgment on the behavior of people deprived of liberty defines how they live in society, discriminating and hindering their access to basic, equal rights and

universal. The objective of this study is to present the pandemic in the prison system and the challenges faced by Health Promoting Agents in accessing health services for the population deprived of liberty. This is a qualitative research that carried out 24 interviews between January and April 2023 with working AgPS. The legal apparatus of the prison community reiterated the constitutional right to health and the implementation of health units within the system, but perceived negligence in meeting basic needs, placing the subject at the mercy of verticalized power. However, it is questioned how much the PPL provides access to protective measures and devices, as the right to health has not been implemented within the walls of certain prison units, contrasting the formality of the law's drafting and the distances in the effective practice. Faced with this scenario, health, security professionals, managers and others who work within the walls must be committed to continuously carrying out actions to promote, prevent and restore health and provide conditions and guarantee the right to health and its access.

Keywords: Covid-19. Health Promoting Agent. Prison System. Vulnerable population. Access to Health.

RESUMEN

Durante la pandemia de Covid-19, los Agentes Promotores de la Salud enfrentan desafíos para garantizar el acceso a la atención de salud de las personas privadas de libertad en unidades penitenciarias. Ya que lo que se ve en la práctica en determinados entornos es una vulneración y exposición de estos sujetos a vulnerabilidades, ya que el juicio moral sobre el comportamiento de las personas privadas de su libertad define cómo viven en sociedad, discriminando y obstaculizando su acceso a derechos básicos e igualitarios, y universales. El objetivo de este estudio es presentar la pandemia en el sistema penitenciario y los desafíos que enfrentan los Agentes Promotores de Salud en el acceso a los servicios de salud de la población privada de libertad. Se trata de una investigación cualitativa que realizó 24 entrevistas entre enero y abril de 2023 a trabajadores de AgPS. El aparato jurídico de la comunidad penitenciaria reiteró el derecho constitucional a la salud y a la implementación de unidades de salud dentro del sistema, pero se percibe un descuido en la satisfacción de las necesidades básicas, dejando al sujeto a merced del poder verticalizado. Sin embargo, se cuestiona cuántos PPL tienen acceso a medidas y dispositivos de protección, ya que el derecho a la salud no se ha implementado dentro de los muros de ciertas unidades penitenciarias, contrastando la formalidad de la redacción de la ley y las distancias en la práctica efectivas. Ante este escenario, los profesionales de la salud, la seguridad, los directivos y otras personas que trabajan tras los muros deben comprometerse a realizar continuamente acciones para promover, prevenir y restaurar la salud y brindar condiciones y garantizar el derecho a la salud y su acceso.

Palabras-clave: Covid-19. Agente Promotor de la Salud. Sistema Penitenciario. Población vulnerable. Acceso a la Salud.

1 INTRODUÇÃO

A crise da pandemia da Covid-19 no Brasil expôs não apenas as disparidades sociais existentes, mas também a fragilidade dos sistemas de saúde. A sobrecarga nos serviços de

saúde, com equipes reduzidas e condições precárias de trabalho, impactou negativamente o acesso e a qualidade do tratamento de outras doenças, agravando ainda mais as vulnerabilidades da população¹.

A rápida disseminação do Novo Coronavírus, a incerteza sobre o controle da doença e sua gravidade, juntamente com a imprevisibilidade quanto à duração e consequências da pandemia, representaram um risco significativo para a população em geral, especialmente para as vulnerabilizadas, como as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)².

O modelo atual do sistema prisional, baseado em estratégias arcaicas, impede a adequada prestação de cuidados de saúde às PPL. Faz-se necessário a implementação transparente e ética de medidas embasadas em evidências científicas para prevenir a ocorrência de desastres humanitários nas unidades prisionais. Atitudes de vigilância e intervenção devem ser adotadas de forma semelhante às recomendadas para a população em geral, a fim de evitar que estes espaços se tornem centros de tragédias causadas por sua necropolítica.

A população em privação de liberdade possui uma situação precarizada e vive em um ambiente desprovido de políticas públicas eficazes e eficientes. Com uma estratégia para melhoria dos serviços de saúde houve em algumas unidades prisionais a implantação dos Agentes Promotores de Saúde (AgPS), que são PPL responsáveis por estabelecer um fluxo de atendimento das necessidades de saúde intramuros nas Unidade Básica de Saúde Prisional. Esses profissionais desempenham um papel significativo, porém muitas vezes são negligenciados e não recebem o devido reconhecimento.

Diante de ambiente superlotado e desafiador para manter o distanciamento social, os AgPS contribuem com os profissionais de saúde e segurança para combater doenças como a Covid-19. Eles também trabalham na elaboração de estratégias para garantir os direitos sociais, porém por vezes são excludentes. Este estudo tem como objetivo oferecer uma visão abrangente dos impactos da pandemia da Covid-19 no sistema prisional e nas instalações de saúde, com foco na fragilidade da assistência em saúde para estas populações vulnerabilizadas.

2 MÉTODOS

Para alcançar esses resultados, foi realizada uma pesquisa qualitativa que incluiu entrevistas em profundidade nas unidades prisionais do estado de Mato Grosso - a Penitenciária Ana Maria do Couto May, em Cuiabá; a Penitenciária Dr. Osvaldo Florentino

Leite Ferreira, em Sinop; o Centro de Detenção Provisória em Peixoto de Azevedo e o Complexo de Ressocialização Industrial Ahmenon Lemos Dantas, em Várzea Grande.

Durante o período de janeiro a abril de 2023, foram entrevistados 24 indivíduos em privação de liberdade que atuam como Agentes Promotores de Saúde (AgPS). As entrevistas foram gravadas em áudio e seguiram um roteiro semiestruturado, permitindo que os participantes se expressassem livremente.

A análise do material coletado e das transcrições das entrevistas foi realizada utilizando a abordagem temática proposta por Minayo³. Durante essa análise, foram identificadas categorias que abrangiam as interpretações dos participantes, resultando nos temas discutidos neste artigo.

Os dados expostos derivam de uma tese de doutorado⁴ realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A pesquisa seguiu estritamente os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016, que regulamentam estudos envolvendo seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, sob o registro CAAE 64231022.6.0000.5240. A pesquisa teve financiamento com recursos próprios. Para garantir a confidencialidade dos participantes, foram utilizados nomes fictícios escolhidos por eles, mantendo assim uma ligação pessoal com os dados apresentados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pandemia da Covid-19, os Agentes Promotores de Saúde (AgPS) desempenharam um importante trabalho que refere ao acesso aos serviços de saúde no sistema prisional. Por meio da implementação de estratégias intramuros, esses profissionais avaliaram as necessidades e prioridades de atendimento das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), encaminhando aqueles que realmente precisam de cuidados em saúde. Essa interação com os pares contribui para reduzir o fluxo de pessoas circulando nas dependências prisionais, como podemos perceber nos discursos abaixo:

(...) eu colocava... por exemplo, eu chamava quem foi atendido mês passado, e colocava quem não tinha sido, e assim por diante, até voltar quem tinha sido atendido, para não ter briga. Agora, só para sair daqui para frente para pegar remédio, eu ia deixando por último, porque aí não tem necessidade. Só quer passear, só andar pelo corredor. (BRUNA).

(...) e quando chega, é avaliado se realmente as características batem com a necessidade. Dificilmente um promotor de saúde vai encaminhar um paciente sem a necessidade (...). (ARTHUR).

Mais efetividade no nosso trabalho. Realmente a gente explica e coloca para sair quem precisa sair. Antes era quem os profissionais queriam: "chama lá fulano e beltrano", e muitos não precisavam daquilo ali, então se um não precisa a gente não vai colocar. (...) um promotor de saúde, ajuda a identificar quais os casos mesmo que estavam precisando lá dentro e colocar o nome de quem realmente precisa. Não quem quer, e sim, quem precisa. (ANTÔNIO).

Na complexa realidade do sistema prisional, é preciso realizar uma análise para garantir às PPL que realmente carecem de cuidados sejam atendidas, visando otimizar o trabalho e evitar encaminhamentos desnecessários. Essa avaliação é feita pelos AgPS, que com seu conhecimento e sagacidade conseguem identificar os casos mais urgentes. Em meio a todas as dificuldades enfrentadas pelo sistema prisional, é válida uma comunicação eficaz entre a equipe de saúde e os AgPS para agilizar o atendimento e garantir o direito da assistência em saúde.

Conforme descrito por Araújo *et al.*⁵, a garantia do acesso à saúde, prevista em dispositivos legais, muitas vezes não é respeitada, dificultando o acompanhamento de doenças pré-existentes durante o cumprimento da pena e a detecção precoce de problemas de saúde que possam surgir ou se agravar nesse período. A atuação dos AgPS pode minimizar tais dificuldades. Nesse sentido, a falta de tratamento adequado para doenças agudas e crônicas, ou o atraso no início do tratamento, sobrecarrega os serviços de saúde, resultando em piora do estado clínico e necessidade de atendimentos de urgência e emergência, além de impactar toda a rede de assistência à saúde. Ao agir de forma estratégica afim de mitigar os problemas de saúde, o cuidado de saúde torna-se mais abrangente, garantindo o direito à saúde das PPL⁶.

Além disso, ao dar prioridade ao atendimento, os AgPS desenvolvem estratégias justas para auxiliar aqueles que mais necessitam. Sem a presença ativa desses profissionais, os servidores enfrentam dificuldades para garantir um atendimento adequado e identificar as PPL mais vulneráveis, devido à falta de proximidade e convivência, agravada pela superlotação nas unidades prisionais, o que torna a tarefa humanamente desafiadora.

(...) a gente especifica na nossa fala mesmo, de uma forma resumida, mas sempre especificando a necessidade e prioridade: "encaminho tal paciente dessa forma porque eu já não posso ajudar mais", aí já entende que não tem como segurar e nem esperar mais porque é uma situação crítica. (ARTHUR).

Às vezes, é por prioridade, porque você tem que estar muito ruim mesmo [para tirar você]. Se acontece final de semana, não sai. Eu já passei mal em um domingo, me fizeram esperar até segunda-feira para me tirar, e eu passei muito mal, com febre, muita dor. Avisei a policial [penal] que fica ali, aí ela fala que não pode fazer nada, porque não tem médico nenhum. (YASMIM).

Quando tem alguém que está com uma enfermidade um pouco mais grave, que eu vejo, eu faço uma triagem lá dentro, eu encaminhado com um papel, feito tipo um documento, eu encaminhado aqui para frente para solicitar o atendimento para essas pessoas, aí muitas das vezes, também fora do período do atendimento, que é uma

semana, tipo, hoje deve estar no [raio] vermelho ou no verde, e eu consigo também estar enviando pessoas aqui para frente para ser atendido. (ANDERSON).

Os AgPS tendem a desenvolver uma organização própria e específica na garantia do acesso à saúde para a população em situação de vulnerabilidade. Entre as suas atribuições, está a urgência de encaminhar as PPL para atendimento, mesmo fora do horário regular de funcionamento das unidades de saúde e solicitar atendimento para aqueles que não foram atendidos anteriormente, garantindo assim que todos tenham acesso aos serviços de saúde de forma equitativa. Os AgPS atuam como ponte entre as PPL e os serviços de saúde, facilitando o acesso e garantindo que recebam o atendimento adequado.

Concordamos com Oliveira *et al.*⁷ ao afirmarem que o acesso à saúde é prejudicado por questões organizacionais, transformando o atendimento em saúde em um elemento de negociação. Diversos fatores podem influenciar essa situação, desde a triagem para atendimento baseada na avaliação dos agentes de segurança, passando pela influência das lideranças de grupos de PPL no controle do acesso à equipe de saúde, até a oferta insuficiente de consultas e o envio de bilhetes ao agente de segurança que frequentemente não chegam ao destino final. A escassez de policiais penais disponíveis para garantir a segurança durante o transporte e o atendimento também representa um problema, assim como a ausência de uma equipe exclusiva e treinada para atender as PPL⁸.

Apesar de a Atenção Primária em Saúde ser considerada a principal porta de entrada das PPL no sistema de saúde, de acordo com as orientações legais, ainda é necessário organizar e fortalecer essa área para que ela possa coordenar o acesso à rede de forma eficiente. A atenção especializada também precisa ser aprimorada, com a ampliação e otimização dos serviços oferecidos, de acordo com o modelo de cuidado em rede. O desafio é construir uma rede capaz de gerenciar os fluxos assistenciais de forma qualificada e integrada para atender às necessidades dessa população⁹.

Entretanto, as unidades prisionais encontram dificuldades para organizar o atendimento devido à superlotação e à falta de profissionais de saúde em número suficiente. Portanto, os AgPS realizam uma seleção criteriosa, porém, devido à escassez de recursos, o direito à saúde fica comprometido e o acesso é temporariamente negado até que novas vagas estejam disponíveis.

Dependendo da demanda, nós temos dez atendimentos a cada uma vez na semana, aí vai uma semana em cada raio. São dez atendimentos na enfermaria, dez atendimentos farmácia, cinco para assistente social, dez atendimentos na psicóloga. Só que é feito a triagem lá e aqui também é feito uma triagem, às vezes não tiro todos, mas eu marco em um caderno, e aquele que não foi, eu retorno a colocar o nome dele de novo, para ele ter a oportunidade de ir (...). (ANDERSON).

(...) às vezes, pode demorar até uns oito meses para o atendimento, dependendo do caso, mas atende sim, mas não é muito fácil, não vou mentir para você, mas sempre... eles atendem sim, mas na medida do possível deles. (ISADORA).

(...) tipo, se o irmão tinha realmente uma necessidade de ser atendido e ele não foi atendido, na próxima semana eu mando a solicitação com o nome do irmão, veio na ficha, para ele ser atendido, porque realmente ele precisa ser atendido, aí eles atendem. (EDUARDO).

O acesso à saúde é uma questão delicada e fragilizada. A demanda por atendimentos nas áreas de enfermagem, farmácia, assistente social e psicologia varia semanalmente, com um limite de dez atendimentos em cada uma delas. O processo de triagem até o efetivo atendimento pode ser demorado, chegando a até oito meses de espera. No entanto, percebeu-se que a equipe está empenhada em atender a todos da melhor forma possível e minimizar a desigualdade ao acesso por esta população em vulnerabilidade.

No estudo de Graça *et al.*¹⁰, é destacada a importância do acesso das PPL às ações de saúde, tanto na atenção básica dentro das unidades prisionais quanto nos serviços de referência para casos mais complexos, garantindo o atendimento de suas necessidades individuais. É importante avaliar se a pessoa contraiu alguma doença durante o período de privação de liberdade ou se já entrou no sistema prisional com alguma doença. Segundo Oliveira *et al.*⁷, antes da privação, as PPL geralmente não têm acesso aos serviços públicos e só entram em contato com eles quando entram na unidade prisional⁵.

De acordo com Santos *et al.*¹¹, mesmo antes da privação de liberdade, a procura por unidades de saúde da rede de atenção ocorria apenas em situações esporádicas, quando havia episódios de doença ou queixa específica. Mesmo durante o cumprimento da pena, o acesso aos serviços de saúde é restrito devido à falta de recursos humanos, equipamentos, medicamentos e espaço físico. Embora existam ações que possibilitam o acesso aos serviços de saúde, essas oportunidades são limitadas, contraditórias e não podem ser generalizadas. Além das dificuldades de acesso, as PPL ainda sofrem com o preconceito dos prestadores de serviços de assistência internos^{12, 7}.

Cabe salientar que qualquer tipo de benefício ou troca para obter um atendimento privilegiado é estritamente proibido e pode resultar na expulsão do cargo dos AgPS em atuação no projeto.

(...) porque quando a [enfermeira] me explicou como era para fazer, ela falou que não era para ter compra, de as pessoas me comprarem para eu colocar o nome lá. Então, tipo, eu fiz tudo certo desde o começo para não me tirarem, porque é uma coisa, igual eu falei, está me beneficiando, procuro fazer tudo certo para não sair do cargo. (BRUNA).

(...) o que eu aprendi disso? Não fazer exceções de pessoas, não porque eu tenho amizade com alguém que está perto de mim que eu vou indicar o nome daquela pessoa para ser atendida, e outra está precisando mais do que ela, então a gente não faz exceção, trabalha desse lado (...). (ANDERSON).

Os entrevistados ressaltam a importância de seguir as regras sem fazer exceções para favorecer amigos ou conhecidos, portanto, deve-se agir corretamente para manter o cargo. Segundo o estudo de Dias¹³, muitas PPL se tornam alvos de várias medidas punitivas por desrespeitarem as normas das instituições de privação de liberdade. Eles se tornam moeda de troca para obter alimentos, produtos de higiene, drogas ilícitas, cigarros e/ou bebidas alcoólicas. As “trocas” se tornam uma forma de sobreviver às dificuldades da privação de liberdade. No caso dos AgPS, isso resulta na perda do exercício da profissão e saída do projeto.

Durante a pandemia da Covid-19, o acesso aos cuidados de saúde foi mais rápido devido à necessidade do momento. Todas as outras demandas foram suspensas e o foco foi totalmente direcionado para a emergência sanitária:

As pessoas tinham sintomas, então a gente chegava e falava para as enfermeiras: "Olha, tal raio..." porque lá nós falávamos cela, "Tal cela, fulano de tal está com suspeita de Covid", imediatamente ela mandava retirar, "Você vai lá, traz ele para fazer o teste", porque nunca nós isolamos ninguém sem um teste na hora já falava: "Fulano vai ser isolado", (...) a única coisa que nós fazíamos era chegar lá e falar: "Olha, fulano de tal está com sintoma de Covid", às vezes era só sintoma, às vezes não tinha nada, mas nós falávamos que a pessoa estava com sintoma e nós passávamos para eles, era uma febre aqui, uma dor de cabeça dali, mas não chegava a ser Covid, mas tudo era princípio de alerta, estávamos desesperados (...). (GABRIEL BATISTA).

Os pacientes apresentavam sintomas e eram notificados aos profissionais de saúde para fazerem o teste de Covid-19. Às vezes, os casos não se confirmavam, mas todos os sintomas eram considerados sinais de alerta. De acordo com Simas *et. al.*¹⁴, devido à fragilidade estrutural do ambiente, os recursos disponíveis nas unidades prisionais foram direcionados para estagnar o avanço da pandemia, o que resultou na redução da atenção para outras doenças, especialmente as crônicas e infecciosas que sempre afetaram a população prisional. Gerou-se um atrito entre os setores de saúde e segurança quando as PPL e/ou AgPS escreviam bilhetes pedindo atendimento e muitas vezes esses pedidos não eram atendidos, como podemos ver:

(...) para tirar, a gente escreve um *bereu*, um recado, passa pelo policial penal, não chega até aqui na frente, não chega. É bem difícil a questão de sair de lá se estiver passando mal mesmo, se realmente estiver passando mal, morre, porque os agentes não vão tirar, falar: "Semana que vem é atendimento", se realmente estiver passando

mal vai esperar até semana que vem? Por essa parte é bem difícil, só tira mesmo na última ocasião, fora isso, não. (BRUNA).

Fica claro na narrativa lexical que no sistema prisional é um verdadeiro problema quando se trata de obter atendimento em saúde imediato ou ser levado para emergências. A saúde só é garantida como último recurso. Batista, Araújo e Nascimento⁶ apontam que os profissionais da saúde e da justiça têm conhecimento limitado sobre os direitos de saúde dessa população. Existe uma dificuldade em estabelecer um diálogo efetivo entre a gestão dos serviços de saúde locais e os agentes da justiça para garantir uma saúde prisional adequada. Além disso, Schultz *et al.*⁹ afirmam que há pouca integração entre os profissionais de saúde e os demais profissionais da segurança pública, o que dificulta a implementação de planos de cuidado integrados.

Por outro lado, observa-se um distanciamento entre o setor da saúde e o setor da justiça quando se trata da saúde no sistema prisional. Os profissionais da justiça veem os colegas da saúde como civis, não como parte de uma equipe interdisciplinar responsável por garantir o direito à saúde nas unidades prisionais. Já os policiais penais acreditam que os profissionais de saúde não conhecem as regras e normas de segurança do ambiente prisional, ou seja, não estão totalmente capacitados para atuar nesses espaços⁶.

Barbosa *et al.*⁸ concluem que, embora a segurança seja a prioridade nas instituições prisionais, isso pode se tornar um obstáculo para a assistência à saúde. É recomendável que todos os profissionais reconheçam as especificidades do trabalho nas unidades prisionais, mantendo uma conduta ética e respeitando os princípios da profissão, a fim de garantir o direito à saúde e à dignidade humana.

Além disso, em alguns casos é necessário obter autorização da segurança e de uma hierarquia superior para ter acesso à unidade de saúde. Portanto, os policiais penais estão desempenhando uma função que não é de sua responsabilidade, como podemos perceber:

(...) o preso quando precisa, ele te fala: "Olha, estou com isso", ele sempre me chama, ou está com dor, ou alguma coisa, eu venho, peço para o chefe de plantão [da polícia penal] se posso trazer, e se ele autorizar eu trago, se não autorizar, eu falo para ele que vai ter que esperar a vez. (LEANDRO).

(...) falar com a polícia e dar uma atenção: "o cara vai morrer aí, olha a situação que o irmão está", aí vem lá, vê, chama a polícia, a polícia ignora. Só dói quando é na gente, não é? A Deus dará e o que acontece, a falta de atenção (...), está na mão de Deus, os policiais não avisam a saúde (...). (PEDRO).

O problema é complicado, difícil eu mesmo ter acesso direto com o pessoal da saúde, é sempre com os policiais penais primeiro. Eu tenho acesso com eles lá, eu peço a atenção deles e aí eu coloco o que está acontecendo e envio para o pessoal da

direção, mas nem sempre eu tenho respostas, nem sempre eles me respondem. (JÚNIOR).

Nesse contexto, as PPL e os próprios AgPS enfrentam obstáculos para receber atendimento em saúde e têm dificuldade em se comunicar com a equipe de saúde. Eles dependem da autorização dos policiais penais e, muitas vezes, não conseguem obter respostas da direção sobre suas necessidades de saúde. Além disso, a polícia penal, em algumas situações, não demonstra preocupação quando é informada de casos graves.

É evidente que o acesso aos serviços de saúde é frequentemente mediado pelos policiais penais e, às vezes, pelas próprias PPL, o que vai contra a política que determina que essa responsabilidade cabe aos profissionais de saúde. Como resultado, o acesso aos serviços de saúde se torna desigual, sendo concedido com base em critérios que não estão relacionados à saúde⁷.

De acordo com Graça *et al.*¹⁰ e Batista; Araújo e Nascimento⁶ a necessidade de atendimento em saúde é avaliada pelos policiais penais e pela direção, o que pode agravar os problemas de saúde, uma vez que ocorre um julgamento subjetivo que não está previsto nas atribuições e competências técnicas. Na maioria das vezes, o acesso aos serviços de saúde começa com a solicitação de ajuda por parte da polícia penal, devido à sua maior proximidade com as PPL. Em seguida, as necessidades de saúde são encaminhadas à direção, onde os casos são avaliados de acordo com a demanda e a disponibilidade do serviço, para que as PPL sejam acompanhadas por escolta policial até a Unidade de Pronto Atendimento, seja dentro ou fora da unidade prisional.

Em algumas situações, as demandas de atendimento ocorrem nos finais de semana ou feriados, quando não há equipe de saúde disponível na maioria das unidades prisionais estudadas, e são os policiais penais que ficam responsáveis pelo atendimento e cuidado.

Se alguém passar mal, nós chamamos a atenção da polícia. Quando está muito grave eles batem a cadeia [todas as PPL se unem fazendo barulho], o prédio inteiro treme porque aí é no caso de morte já quando está ruim mesmo. Esses dias teve um problema com um irmãozinho lá, reeducando e ele tinha esse problema de pressão, aí nós chamamos atenção da polícia e a polícia não deu atenção, teve que bater a cadeia. Bateu a cadeia, aí eles vieram e tiraram. É para chamar a atenção deles. Mas nem sempre é assim, é muito difícil isso acontecer, só no caso bem grave mesmo. (JÚNIOR).

(...) se de noite passar mal e nós estamos trancados, aí o preso tem que chacoalhar e todo mundo grita para eles virem, aí eles pegam e vão para o hospital em um dia de domingo, sábado à noite. Se a gente passar mal ainda tem que gritar lá, bater bigorna [grade da porta de entrada da cela]. (GABRIEL).

A gente tinha que chamar os agentes penitenciários [polícia penal], à noite, era os agentes penitenciários. Os próprios da cela chamavam, a cela está fechada, não tem

como sair ninguém, eles usavam o método de bater garrafa, todas as celas tinham garrafa, você escutava um bater a garrafa na bigorna, e começava a gritar, se é na sua cela, no seu raio, juntava todo mundo, batendo garrafa e gritando, pedindo pelo agente, está passando mal, os agentes vinham, retiraram e levavam para o posto de saúde, nos finais de semana, porque final de semana, durante o dia, nós tínhamos acesso livre (...). (GABRIEL BATISTA).

Os AgPS nas instituições de privação de liberdade expressam a necessidade de alertar a polícia penal em situações de emergência em saúde. Em casos graves, eles batem nas celas e gritam para que a polícia penal intervenha e encaminhe a pessoa para receber os cuidados. No entanto, essas situações são raras e ocorrem apenas em casos de extrema urgência. Os AgPS também mencionam a importância de chamar os policiais durante a noite, utilizando métodos como bater garrafas (de plástico) nas grades e gritar, para que uma pessoa que precise de cuidados seja levada ao serviço de saúde nos fins de semana.

Em um estudo realizado por Dalenogare *et al.*¹⁶ com mulheres grávidas, foi observado que, na UP, o trabalho de parto é acompanhado por profissionais da Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp), que avaliam o momento adequado para encaminhar as mulheres à maternidade. No entanto, durante a noite ou nos fins de semana, os policiais penais assumem a responsabilidade de acompanhar e decidir sobre o encaminhamento das mulheres para uma instituição de saúde, o que vai contra as prerrogativas profissionais. Essa fragilidade na assistência às PPL fora do horário comercial é evidente nos diálogos e no estudo realizado.

Ao longo do cumprimento da pena, surgem desafios relacionados aos profissionais de saúde que dificultam o acesso dessa população a um atendimento mais adequado e eficiente. É importante destacar essas dificuldades para que medidas sejam tomadas visando melhorar a assistência e garantir um tratamento profissional para as PPL, vejamos:

(...) houve uma mudança na forma de ser atendido? Tudo bem, houve essa mudança. Porém, o atendimento é um descaso como eu falei para o senhor, uma vez no mês cada raio, praticamente de 160 a 180 reeducandos em cada pavilhão (...). Por exemplo, na ficha de atendimento vem todos os atendimentos da unidade, enfermaria, dentista, nutricionista, farmácia. A farmácia infelizmente está ali só para protocolo mesmo, só para cumprir tabela. A dentista tem uma forma também de atender dela, pelo menos seis meses de tempo para atender novamente o reeducando. (...) isso daí é o que era para ter gerado uma mudança bastante significativa e não gerou conforme o esperado, deixa muito a desejar mesmo. (LEO).

Não é ruim a saúde, mas podia melhorar em várias partes. Receber remédio é muito difícil (...) a gente sempre procura orientar para a pessoa pedir para a família que fica mais fácil, pedir aqui é mais difícil. Mas para pedir para o familiar, tem que ter receita para entrar, mas ele não consegue passar pelo médico para pedir essa receita, fica como? (FELIPE).

(...) Médico e nem dentista pegam ficha. Aqui a maior dificuldade que tem é da parte da dentista, ela não aceita de forma alguma, pode estar morrendo que ela não aceita, ela rasga a ficha (...). (ARTHUR).

Ficou evidente que as assistências em saúde nas unidades prisionais são insuficientes e negligenciadas. Há uma escassez de profissionais e as PPL têm dificuldades para receber os remédios necessários. Há casos de profissionais que se recusam a atender e até mesmo rasgam as fichas de atendimento. Diante desse cenário, é imprescindível aprimorar a qualidade dos serviços de saúde básicos nessas instituições para que nenhum direito deixa de ser atendido.

De acordo com Schultz *et al.*¹⁵, alguns profissionais que atuam nas unidades prisionais reconhecem que as PPL têm direitos e merecem ser tratadas como cidadãos. No entanto, muitos ainda estão restritos a uma mentalidade burocrática que prevalece nas unidades prisionais. Já o estudo de Henrique Júnior *et al.*¹⁷ revela que profissionais da segurança e da equipe de saúde têm pouco conhecimento sobre os direitos legais das PPL. Além disso, os cuidados prestados a essa população são apenas curativos, o que demonstra a falta de abordagem preventiva e a precariedade do serviço.

Além das barreiras mencionadas acima, os profissionais de saúde também enfrentam sentimento de insegurança e medo ao trabalhar em um ambiente de privação de liberdade. O estigma e preconceito, socialmente definidos em relação às PPL, tornam ainda mais difícil a realização de um trabalho eficiente e resolutivo na área da saúde. Mesmo sabendo da importância de garantir cuidados primários de saúde, esses sentimentos negativos e preconceituosos acabam dificultando a ação dos profissionais⁶.

No entanto, frisa-se que nem tudo são obstáculos. Existe uma relação de convívio e reciprocidade entre as PPL e alguns profissionais de saúde, o que cria vínculos afetuosos de humanização e sensibilidade mútua. Para muitos, essa é a família que têm no dia a dia. Assim, os servidores precisam adotar uma postura adequada diante desses desafios, buscando soluções e melhorias para a saúde nas unidades prisionais. Afinal, é responsabilidade de todos garantir o acesso a cuidados de qualidade, independentemente do contexto em que as pessoas se encontram:

(...) todos, basicamente, quando eles precisam de atendimento, eles conseguem atendimento (...) a dona [enfermeira] mesmo, (...) ela é a mesma coisa que uma mãe para nós aqui, ajuda demais, tem vezes que nem sei como agradecer, ajuda muito. E não é só eu, todo mundo precisou, ela ajuda. (LEANDRO).

Oliveira *et al.*¹⁸ e Graça *et al.*¹⁰, destacam a importância dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, como mediadores próximos às PPL. Eles têm o papel de oferecer escuta e auxiliar no acesso aos serviços de saúde. No entanto, devido às adversidades, muitas vezes não conseguem atender à demanda e superar as fragilidades do ambiente prisional. Para isso, são necessárias ações intersetoriais e multiprofissionais, além de

ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, em diferentes níveis de atenção.

4 CONCLUSÃO

Além dos desafios já existentes, a pandemia de Covid-19 trouxe novas dificuldades para os AgPS. Eles tiveram que se adaptar e enfrentar o desafio de manter a saúde das PPL em um ambiente prisional durante uma crise sanitária. A atuação desses profissionais se tornou ainda mais necessária, pois são eles que estão na linha de frente, cuidando e protegendo das PPL. Diante dos obstáculos do sistema prisional, é imprescindível que sejam implementadas medidas para valorizar e fortalecer o trabalho dos AgPS, reconhecendo sua importância e oferecendo condições adequadas para que possam exercer suas funções de forma eficaz. Somente assim será possível promover a saúde no sistema prisional e enfrentar os desafios impostos pela Covid-19 e pela estrutura defasada desses espaços.

A tensão entre saúde e segurança é significativa, assim como a presença de outros atores nesse contexto. Portanto, deve-se estabelecer uma melhor relação entre as ações de saúde e trabalho, a fim de garantir uma assistência mais eficiente às PPL e à comunidade prisional como um todo. Existem diversos obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, pois muitos julgam o atendimento com base no pedido das PPL, o que pode facilitar ou dificultar o acesso, ou até mesmo negá-lo, o que configura um desrespeito aos direitos humanos constitucionalmente estabelecidos.

Embora a saúde esteja garantida por meio de políticas de saúde do sistema prisional, a Atenção Primária é o foco principal e a porta de entrada para esse acesso. No entanto, na prática, ela se assemelha mais a um pronto atendimento, com foco predominante na cura e resolução de problemas de demanda espontânea. As PPL devem ter acesso a toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto dentro como fora das unidades prisionais, garantindo-lhes o mínimo de cuidados e atenção à saúde.

Diante dos desafios enfrentados pelos AgPS e pela população vulnerabilizada dentro do sistema prisional durante a pandemia da Covid-19, é evidente a urgência de medidas que garantam o acesso à saúde e aos direitos humanos. A exclusão desses direitos básicos só reforça a necessidade de políticas públicas eficazes e de ações concretas para garantir a proteção e o cuidado de todos os indivíduos, independentemente de sua situação prisional.

REFERÊNCIAS

1. Vieira-Meyer APG, Morais APP, Campelo ILB, Guimarães JMX. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 26, n. 2, p:657-668, 2021.
2. Rosa JS, Rivas CMF, Soccol KLS, Marchiori MRCT, Santos NO. Ação educativa para atualização de agentes comunitários de saúde sobre SARS-CoV-2/Covid-19. *REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERM | EDIÇÃO ESPECIAL COVID19*. 2020.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
4. Padilha WS. Entre grades e cuidados: os agentes promotores de saúde no sistema prisional e o desafio da Covid-19. 217 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
5. Araújo MM, Moreira AS, Cavalcante EGR, Damasceno SS, Oliveira DR, Cruz RSBLC. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. *Esc Anna Nery*, v. 24, n. 3, p:1-7, 2020.
6. Batista MA, Araújo JL, Nascimento EGC. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 23, n. 1, p, 71-80, 2019.
7. Oliveira RS, Hamilko HCC, Schaefer R, Santos DVD. Cômico do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. *Interface (Botucatu)*. vol. 24, Supl. 1, p: 1-15, 2020a.
8. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery*, v. 18, n. 4, p:586-592, 2014.
9. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, p: 2-19, 2020a.
10. Graça BC, Mariano MM, Gusmão MAJX, Cabral JF, Nascimento VF, Gleriano JS; Hattori TY, Trettel ACPT. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, vol. 31, n. 2, p:1-9, 2018.
11. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Acesso aos Serviços de Saúde: o que dizem as mulheres privadas de liberdade? *Revista Enfermagem Atual*, vol. 86, p:1-9, 2018.
12. Costa GMC, Gois SM, Lacerda GS, Rodrigues DS, Celino SM, Oliveira LV. A saúde dos detentos sob a responsabilidade das equipes de saúde da família: realidade e possibilidades. *Rev. APS*. vol. 17, n. 1, p: 76 – 84, 2014.
13. Dias CN. Disciplina, controle social e punição O entrecruzamento das redes de poder no espaço prisional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 29, n. 85, 2014.
14. Simas L, Larouze B, Diuana V, Sánchez A. Por uma estratégia equitativa de vacinação da população privada de liberdade contra a COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. vol 37, n. 4, 2021.
15. Schultz ALV, Dias MTG, Dotta RM. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, vol. 19, n. 2, p. 1 -15, 2020b.
16. Dalenogare G, Vieira LB, Maffaccioli R, Riquinho DL, Coelho DF. Pertencimentos sociais e vulnerabilidades em experiências de parto e gestação na prisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, n. 1, p:263-272, 2022.

17. Henrique Júnior JWA, Tavares PAO, Araújo JL, Nascimento EGC, Pessoa Júnior JM, Alchieri JC. O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas/RN. *Revista Baiana de Saúde Pública*. vol. 37, n.2, p.394-406, 2013.
18. Oliveira KRV, Santos AAP, Vieira MJO, Pimentel E, Comassetto, I, Silva JMO. Percepção de mulheres encarceradas sobre o acesso à saúde como ferramenta de ressocialização. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, vol. 28, p:1-6, 2020b.

A extensão universitária para a promoção da saúde cardiovascular em adolescentes de uma escola pública: um relato de experiência

University outreach for promoting cardiovascular health in adolescents at a public school: an experience report

Extensión universitaria para la promoción de la salud cardiovascular en adolescentes en una escuela pública: un reporte de experiencia

Lucas Brito Meira¹
Jaidelson Gonçalves Leite Júnior²
Mayara Silva Menezes³
José da Paz Oliveira Alvarenga⁴
Stella Costa Valdevino⁵
Maria Bernadete de Sousa Costa⁶

¹Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba

²Universidade Federal da Paraíba

³Universidade Federal da Paraíba

⁴Hospital de Santo Antônio, Universidade do Porto Faculdade de Medicina

⁵Universidade Federal da Paraíba

⁶Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Objeto: As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de adoecimento e morte no Brasil e no mundo, assim afetam a qualidade de vida e trazem impactos econômicos significativos para toda a sociedade. Particularmente, jovens e adolescentes se apresentam como uma população vulnerável a essas doenças, devido a hábitos e costumes inadequados nos diversos ambientes que estão inseridos, especialmente pelo pouco discernimento acerca de comportamentos que podem aumentar o risco de desenvolver tais doenças. Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência de uma equipe de extensão universitária no desenvolvimento de ações que visaram a sensibilização de adolescentes do ensino médio sobre os riscos e medidas preventivas relacionadas às doenças cardiovasculares.

Métodos: As atividades foram realizadas junto aos estudantes da terceira série do ensino médio de uma escola pública integral na cidade de João Pessoa-PB. A ação foi desenvolvida nas salas de aula, utilizando materiais didáticos que buscaram dialogar com conteúdos do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), a fim de integrar os conteúdos das aulas com os temas abordados no ENEM, na tentativa de focar a atenção dos alunos. Além de ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco e formas de prevenção, o projeto vivenciado proporcionou aos extensionistas participantes uma experiência de integração entre ensino, pesquisa e extensão, possibilitando mudanças positivas no estilo de vida dos alunos, fortalecendo o vínculo entre a universidade e a comunidade.

Palavras-chave: Educação em saúde. Prevenção de Doenças. Doenças Cardiovasculares. Extensão Comunitária. Ensino médio.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are among the leading causes of illness and death in Brazil and worldwide, thus affecting quality of life and bringing significant economic impacts to society as a whole. In particular, young people and adolescents are a vulnerable population to these diseases due to inadequate habits and customs in the various environments in which they are inserted, especially because of their limited awareness of behaviors that may increase the risk of developing such conditions. This article aims to present the experience of a university extension team in developing actions aimed at raising awareness among high school students about the risks and preventive measures related to cardiovascular diseases. The activities were carried out with third-year students of a full-time public high school in the city of João Pessoa-PB. The initiative was developed in classrooms using educational materials that sought to align with content from the National High School Exam (ENEM), in order to integrate classroom content with the topics addressed in ENEM, as a way to better capture students' attention. In addition to expanding knowledge about risk factors and forms of prevention, the project provided the participating extension students with an experience of integration between teaching, research, and outreach, enabling positive changes in the students' lifestyle and strengthening the bond between the university and the community.

Keywords: Health education. Disease prevention. Cardiovascular diseases. Community outreach. High school.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en Brasil y en el mundo, afectando así la calidad de vida y generando importantes impactos económicos para toda la sociedad. En particular, los jóvenes y adolescentes constituyen una población vulnerable a estas enfermedades debido a hábitos y costumbres inadecuados en los distintos entornos en los que están insertos, especialmente por la escasa conciencia sobre conductas que pueden aumentar el riesgo de desarrollarlas. Este artículo tiene como objetivo presentar la experiencia de un equipo de extensión universitaria en el desarrollo de acciones dirigidas a sensibilizar a adolescentes de la educación secundaria sobre los riesgos y las medidas preventivas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Las actividades se llevaron a cabo con estudiantes del tercer año de la educación secundaria en una escuela pública de tiempo completo en la ciudad de João Pessoa-PB. La acción se desarrolló en las aulas, utilizando materiales didácticos que buscaron articularse con los contenidos del Examen Nacional de la Educación Media (ENEM), con el fin de integrar los contenidos de clase con los temas abordados en el ENEM, intentando captar la atención de los alumnos. Además de ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo y las formas de prevención, el proyecto brindó a los estudiantes extensionistas participantes una experiencia de integración entre enseñanza, investigación y extensión, posibilitando cambios positivos en el estilo de vida de los alumnos y fortaleciendo el vínculo entre la universidad y la comunidad.

Palabras-clave: Educación en salud. Prevención de enfermedades. Enfermedades cardiovasculares. Extensión comunitaria. Educación secundaria.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade no mundo, sendo responsáveis por uma alta taxa de internações e óbitos anualmente, sobretudo em países emergentes¹, frequentemente associados a maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde e políticas públicas de prevenção primária. No Brasil, essa realidade se reflete nos elevados índices de doenças, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca, que comprometem significativamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos², gerando impactos clínicos, sociais e econômicos para os indivíduos acometidos e seus familiares. Fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo e sedentarismo são conhecidamente associados ao desenvolvimento dessas patologias³, muitos destes configurando-se como fatores de risco modificáveis. Além disso, aspectos socioeconômicos e culturais também influenciam diretamente na prevalência dessas condições, tornando essencial a implementação de estratégias de educação em saúde que promovam a prevenção primária e incentivem a adoção de hábitos saudáveis, desde a juventude⁴.

A prevenção das DCV envolve pilares desde a modificação de fatores de risco por meio da adoção de um estilo de vida mais saudável, incluindo uma alimentação equilibrada e a prática regular de atividade física, ao controle do estresse, cessação do tabagismo e o acompanhamento médico periódico de maneira preventiva⁵. Diante disso, a escola pode desempenhar um papel fundamental na formação de hábitos saudáveis capazes de prevenir fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, sendo, potencialmente, um ambiente propício para a disseminação de informações científicas de forma acessível e pedagógica^{6,7}.

Nesse contexto, além de a infância e a juventude serem períodos importantes para a formação de hábitos saudáveis que podem mitigar, no longo prazo, as DCV, diversos estudos reforçam a preocupação crescente com a ocorrência de DCV já entre adolescentes. Em Campina Grande - PB, uma pesquisa com 576 jovens revelou que mais de 10% já apresentavam alto risco cardiovascular segundo o escore PDAY, com associação significativa com adiposidade abdominal e sexo masculino, sendo o sedentarismo e a inatividade física altamente prevalentes entre aqueles jovens⁸. De forma semelhante, a hipertensão primária, antes considerada incomum em jovens, tem se tornado cada vez mais frequente e está ligada a lesões de órgãos-alvo já na infância, o que exige uma detecção precoce e intervenção⁹. Nessa

ótica, uma revisão apontou que adolescentes já se expõem a múltiplos fatores de risco, como dieta hipercalórica, sedentarismo, tabagismo e álcool, o que evidencia a importância de estratégias preventivas desde as primeiras décadas de vida¹⁰, e não intervenções focadas apenas no controle dos danos causados por estas doenças quando já estão instauradas. Além disso, hábitos modernos como uso excessivo de telas, alterações no sono, estresse, consumo de energéticos e novas formas de nicotina também têm impacto negativo sobre a pressão arterial e a função endotelial nessa faixa etária¹¹. Dados como esses demonstram que a prevenção cardiovascular em jovens e adolescentes é uma urgência de saúde pública que não deve ser ignorada.

Assim, uma abordagem precoce na prevenção das doenças cardiovasculares é essencial para reduzir a carga dessas enfermidades da infância até a população adulta¹². Nessa perspectiva, alguns estudos apontam intervenções educativas voltadas para adolescentes como capazes de influenciar positivamente a adoção de hábitos saudáveis que se estenderam ao longo de toda a vida, reduzindo o risco de desenvolvimento de hipertensão, obesidade e outras condições associadas às DCV^{13,14}. Dessa forma, iniciativas como as do projeto de extensão que ora relata-se a experiência vivenciada, se destacam como ferramentas estratégicas para a promoção da saúde cardiovascular de adolescentes e futuros adultos, fortalecendo o papel da escola como espaço de transformação social para além do viés meramente pedagógico rotineiramente atribuído às escolas, contribuindo para a promoção da saúde cardiovascular e para o fortalecimento da educação em saúde no ambiente escolar.

Ressalta-se que, o projeto de extensão objeto deste relato de experiência, teve como iniciativa a aproximação entre ensino, pesquisa e extensão, promovendo benefícios tanto para a comunidade escolar quanto para os discentes e docentes envolvidos nas ações desenvolvidas. O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência vivenciada pela equipe de extensionistas no desenvolvimento de ações que visaram a sensibilização de adolescentes do ensino médio sobre os riscos e medidas preventivas relacionadas às doenças cardiovasculares.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das ações promovidas pelo projeto “Gestão de Risco em Doenças Cardiovasculares: Educar para Prevenir” financiado pelo Programa de Bolsas de Extensão/Universidade Federal da Paraíba, desenvolvido por uma equipe de discentes, sendo um bolsista pertencente ao curso de graduação em medicina e voluntários do

curso de graduação em enfermagem e do curso de graduação em nutrição, todos selecionados mediante um processo pré-estabelecido em conformidade com o edital PROEX/PROBEX Nº 13/2024¹⁵, além de dois docentes - uma coordenadora e uma coordenadora adjunta da Universidade Federal da Paraíba. A execução do projeto de extensão universitária foi realizada entre agosto de 2024 e setembro de 2025, as ações ocorreram em 5 etapas direcionadas a cinquenta alunos da terceira série do ensino médio de uma escola integral da rede pública do município de João Pessoa - PB.

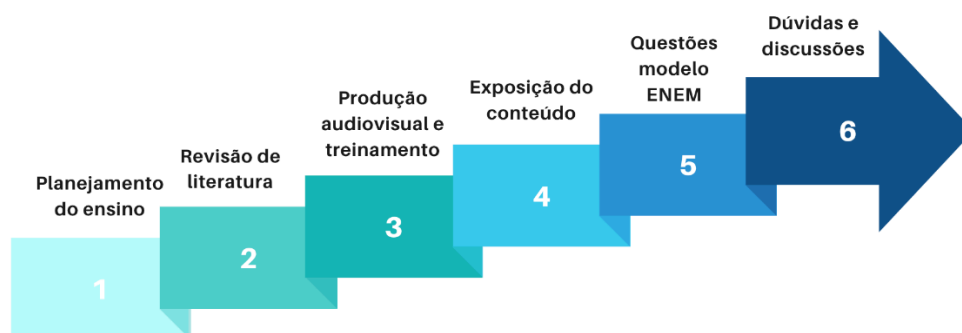
A primeira etapa foi a de elaboração do cronograma das atividades e dos planos de aula dos conteúdos que foram ministrados, momento em que foi definido quais aspectos de cada assunto seriam focados em cada encontro. O segundo momento foi de revisão de literatura, construído para leitura e pesquisa pelos extensionistas, garantindo a qualidade e atualização do conteúdo ministrado, revisando fontes científicas em base de dados, tais como PubMed, Medline, Cochrane e Embase, conforme os descritores DeCS/MeSH: Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco, Prevenção de Doenças, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Obesidade e Adolescentes.

A seguir, no terceiro momento, ocorreu a produção audiovisual das aulas e capacitação da equipe. Nesta etapa foi realizada, de fato, a elaboração do conteúdo das aulas a serem ministradas para os alunos do ensino médio. As apresentações foram desenvolvidas utilizando a plataforma Canva¹⁶, usada como um recurso de design educacional. A ferramenta foi utilizada como suporte para organização visual e didática do conteúdo. Na quarta fase, de exposição dos conteúdos, foram realizados os encontros em sala de aula na escola, local de desenvolvimento das ações de extensão, com foco em ações de educação em saúde. Ao total, foram realizados três encontros em cada uma de duas turmas, cada aula teve uma duração de 40 minutos de exposição teórica, seguidos de 20 minutos de discussão para que os extensionistas pudessem esclarecer dúvidas e aprofundar os temas. Ressalta-se, portanto, que se procura instituir efetivamente na experiência vivenciada, uma prática didático-pedagógica, no processo ensino-aprendizagem, que integra *o ensinar, o saber e o aprender*, elementos que segundo Trargino¹⁷ são os componentes do processo de construção do conhecimento a ser tratado em sala de aula. A autora afirma que, esse conhecimento escolar e acadêmico é o componente objetivo do aprendizado do estudante, que é chamado de conhecimento científico transformando os conteúdos didáticos.

Cabe destacar que as atividades de ensino concernentes às ações desenvolvidas pelos extensionistas, junto aos estudantes do ensino médio sobre os riscos e medidas preventivas relacionadas às doenças cardiovasculares, foi planejado de modo a contemplar todos os elementos conjunturais e estruturantes do processo de ensino-aprendizagem, que devem ser seguidos e desenvolvidos, empregados e ministrados em sala de aula. Segundo a autora supracitada, esses elementos incluem: *objetivos do ensino* – pelos quais foram estabelecidas as competências tanto do professor quanto do aluno; *conteúdos escolares ou acadêmicos* – expressos nos livros didáticos e em programas oficiais do governo federal, estadual e municipal, transparentes nos currículos das escolas; *procedimentos metodológicos* – construídos de acordo com a natureza dos conteúdos e o nível dos estudantes para os quais foram ministrados; e a *avaliação* – momento através do qual, os alunos participantes das atividades de ensino foram acompanhados no seu aprendizado, ao mesmo tempo em que os estudantes e docentes extensionistas tiveram a oportunidade de rever o ensino ministrado, replanejar, aperfeiçoar e inovar conteúdos e estratégias didáticas quando se fez necessário.

O quinto momento foi a apresentação de cinco questões para cada tema seguindo o modelo do ENEM, com temas interdisciplinares capazes de conectar o conhecimento acadêmico com situações do cotidiano. Além disso, as perguntas foram formuladas com base nas tendências de cobrança observadas em edições anteriores do ENEM. A exploração de dúvidas e sugestões foi a sexta fase. Neste momento, os extensionistas abriram oportunidades para levantamento de dúvidas e discussões sobre os temas propostos. O quadro 1, a seguir, apresenta um fluxograma dos passos metodológicos que sintetiza o percurso das atividades desenvolvidas.

Figura 1- Passos metodológicos para realização das ações extensionistas em escola integral do ensino médio na rede pública, João Pessoa-PB.



Fonte: Autores, 2025.

Cabe ressaltar, que, para sistematizar a experiência aqui relatada, fez-se necessário estar em consonância com o método descrito por Holliday¹⁸, o qual classifica cinco tempos do processo de sistematização: 1. *O ponto de partida* - isto é, ter participado da experiência e ter feito o registro das experiências. 2. *As perguntas iniciais* – ou seja, sobre que experiência(s) sistematizar; momento em procuramos delimitar o objeto a ser sistematizado; e que aspectos centrais da experiência nos interessaram sistematizar. 3. *Recuperação do processo vivido* – reconstrução do processo vivenciado, ordenação e classificação da informação. 4. *A reflexão de fundo* – fez-se a análise, síntese e interpretação crítica da experiência vivenciada durante a extensão. 5. *Os pontos de chegada* – momento em que foram formuladas as conclusões da experiência.

3 RESULTADOS

As ações extensionistas discorreram sobre a preparação e exposição de conteúdos relacionados à prevenção de doenças cardiovasculares. Nos momentos 1 e 2, antes de cada aula, o grupo de extensionistas e as docentes coordenadoras realizaram revisões de literatura e encontros para discutir referências bibliográficas sobre o tema da aula subsequente. Neste momento, as referências eram consultadas e definidas para garantir uma boa elucidação dos conteúdos que seriam futuramente abordados em sala de aula, com base em evidências científicas atualizadas. As ideias eram compartilhadas e o roteiro da aula e os seus tópicos

eram definidos antecipadamente. Esse momento foi especialmente importante para os extensionistas, pois permitiu, para alguns, o primeiro contato com a leitura científica, favorecendo o desenvolvimento de habilidades relacionadas à busca e análise crítica da literatura científica, e a discussão destes tópicos com os professores.

Dispondo disso, no terceiro momento, os estudantes prosseguiram com a produção audiovisual das aulas, as quais eram devidamente corrigidas a partir de um treinamento com os professores. Nessa etapa, foi possível treinar habilidades de oratória, conversação e interação social, preparando os estudantes para apresentarem-se nas salas de aulas. A atividade também contribuiu para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e maior segurança durante as apresentações.

O quarto momento foi a exposição em sala de aula, que se somaram três ao total. A primeira aula foi de hipertensão arterial; durante a discussão, foi abordado o impacto do consumo excessivo de sódio presente em alimentos ultraprocessados e *fast food*, de forma acessível e prática, conectando a ciência com o cotidiano. Para os extensionistas, falar sobre hipertensão foi um exercício de traduzir a linguagem técnica em uma linguagem acessível e contextualizada, sem perder a seriedade do tema — o principal desafio consistiu em transformar dados e fisiologia em algo que fizesse sentido no dia a dia dos estudantes.

Durante a segunda aula, sobre diabetes, foram discutidos pelos extensionistas sobretudo as formas de prevenção e os impactos das complicações associadas ao diabetes, além de enfatizada a importância do controle do peso, a prática regular de atividade física e a alimentação balanceada para a redução do risco de diabetes e, também, de suas complicações. A atividade buscou estimular reflexões sobre como as escolhas alimentares e o nível de atividade física, mesmo ainda na juventude, podem influenciar no longo prazo. Um desafio notado pelos extensionistas foi de como mostrar a gravidade dessa doença sem utilizar abordagens alarmistas, apostando em exemplos práticos que pudessem gerar identificação.

Já na última aula da etapa 3, a apresentação tentou destacar a necessidade de combater o estigma relacionado à obesidade, reforçando que a prevenção deve ser pautada na empatia e na compreensão do ambiente em que os jovens estão inseridos. O principal cuidado foi evitar julgamentos, buscando conduzir as discussões com respeito, priorizando a promoção da saúde e do bem-estar. O intuito dos extensionistas foi promover intervenções na realidade concreta da vida de cada sujeito, garantindo a conscientização sobre a importância de estratégias de prevenção das DCV e a adoção de hábitos saudáveis.

No quinto momento, o de questões do ENEM, o conhecimento dos alunos acerca dos tópicos recém abordados em aula foi posto em prática, o que possibilitou uma maior contextualização do conteúdo com a situação acadêmica dos alunos, pré-universitários, promovendo uma aprendizagem ativa e conectada com a realidade, a partir de metodologias participativas e a resolução de questões que contribuíssem para a reflexão crítica sobre os impactos das escolhas de saúde na vida futura. Por fim, no sexto e último momento, os extensionistas se colocaram à disposição para tirar dúvidas dos alunos acerca dos temas abordados nas aulas, promovendo discussões enriquecedoras para os participantes do projeto. A experiência também possibilitou maior aproximação dos extensionistas com a realidade sociocultural dos estudantes participantes.

4 DISCUSSÃO

A experiência relatada reforça o papel fundamental das ações de extensão universitária como estratégias de promoção da saúde no ambiente escolar. Nesse contexto, a universidade também assume responsabilidade social na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade. A extensão universitária desempenha um papel estratégico no campo da Saúde Coletiva ao aproximar o conhecimento científico das necessidades concretas da população, proporcionando espaços de diálogo e reflexão com diversos grupos, incluindo estudantes, além de estimular a compreensão crítica sobre temas relevantes, como foi o caso da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade — condições que, apesar de frequentemente associadas à vida adulta, podem possuir raízes que se iniciam ainda na juventude^{19,20,21}.

A abordagem adotada, fundamentada em evidências científicas, buscou contextualizar o conteúdo à realidade sociocultural dos estudantes como uma estratégia de alfabetização em saúde capaz de ampliar a compreensão crítica sobre fatores de risco e práticas de autocuidado. Estudos^{6,22,23} apontam que intervenções educativas realizadas em contextos escolares podem exercer impacto relevante na promoção da saúde e prevenção precoce das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), especialmente ao considerar que fatores de risco como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e exposição a alimentos ultraprocessados também são influenciados por determinantes sociais, econômicos e ambientais presentes no cotidiano desses adolescentes, incluindo o ambiente escolar.

Além disso, a integração dos conteúdos expostos à preparação para o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) demonstrou potencial como estratégia de aproximação entre o

conhecimento científico e a vivência cotidiana dos estudantes, favorecendo maior participação dos estudantes nas discussões propostas, considerando que o ENEM constitui o principal foco acadêmico de grande parte dos estudantes do terceiro ano do ensino médio. Essa contextualização possivelmente favoreceu o engajamento dos participantes, tornando-os protagonistas no processo de aprendizado e fortalecendo a compreensão de que a saúde não é um conceito abstrato, restrito aos hospitais e clínicas médicas, mas sim um fenômeno influenciado por fatores individuais, coletivos, sociais e ambientais.

A experiência também evidenciou, durante os encontros, a importância de abordar as DCNTs de maneira sensível e sem estigmatização. Ao falar sobre obesidade, por exemplo, o debate exigiu a desconstrução de estigmas historicamente associados à obesidade, além da superação de abordagens centradas exclusivamente na responsabilização individual, reconhecendo a influência dos determinantes sociais, econômicos e ambientais no acesso a alimentos saudáveis, espaços para atividade física e serviços de saúde de qualidade, além de, claro, fatores genéticos²⁴.

Nessa perspectiva, esta experiência ressalta a necessidade de ampliar e fortalecer as parcerias entre universidades e escolas públicas, reconhecendo o potencial transformador dessas ações para a construção de cidadãos mais conscientes e críticos. Projetos como este, que integram conhecimento científico e responsabilidade social, reforçam o potencial da articulação entre universidade e escola como estratégia de fortalecimento da educação em saúde no contexto do SUS e em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde²⁵.

Por fim, algumas limitações desta experiência devem ser consideradas, especialmente a ausência de instrumentos estruturados de avaliação capazes de mensurar objetivamente o impacto das intervenções sobre o conhecimento, percepção ou mudança de comportamento dos estudantes participantes. Por se tratar de um público composto majoritariamente por menores de idade, aspectos éticos e operacionais também representaram desafios para a implementação de métodos avaliativos mais sistematizados. Ademais, a experiência evidencia que ações educativas pontuais possuem alcance limitado quando não articuladas a políticas públicas mais amplas voltadas à redução das desigualdades sociais e à promoção da equidade em saúde.

5 CONCLUSÃO

A experiência vivenciada na escola pública que foi cenário das atividades destaca a importância das ações de extensão universitária como potenciais agentes de transformação no ambiente educacional. Para além da transmissão de conteúdos, o projeto proporcionou momentos de reflexão, fornecendo aos alunos meios para que compreendessem a saúde como um direito coletivo e uma responsabilidade individual e intransferível, a curto e longo prazo. Acredita-se que a alta prevalência das doenças abordadas nos encontros realizados também pode ter trazido identificação da seriedade do tema para muitos alunos que eventualmente possuam familiares portadores dessas enfermidades.

Além disso, a iniciativa reforçou o papel da universidade como parte ativa da sociedade, que possui papel essencial na formação de cidadãos conscientes e preparados para tomar decisões de saúde informadas, sendo preparados para avaliar e prevenir condutas de riscos para DCV desde cedo. Ao tentar conectar o saber científico do ambiente acadêmico ao contexto social escolar, o projeto contribuiu para a construção de uma cultura de saúde baseada tanto no cuidado quanto na prevenção, reafirmando a escola como um espaço estratégico de promoção da saúde e protagonismo juvenil.

Para a equipe de extensionistas, a experiência foi, em diversos aspectos, muito relevante para a formação acadêmica e profissional. Nos momentos de preparação das aulas, foi necessário que os estudantes se familiarizassem com o processo de seleção de dados a partir de fontes científicas e desenvolvessem habilidades técnicas para reproduzir tais conhecimentos de maneira acessível e adequada ao público-alvo. Deste modo, o projeto de extensão serviu também como uma forma de iniciação supervisionada à pesquisa e à docência para os estudantes, além de garantir a disseminação dos tópicos abordados em sala de aula.

Uma limitação importante deste estudo foi a ausência de devolutiva sistematizada do aproveitamento dos alunos, tendo em vista que a coleta de dados foi limitada por questões éticas, já que a maioria dos estudantes eram menores de idades. Dessa forma, a análise ficou restrita à perspectiva dos extensionistas, sem confirmação direta do efeito das atividades sobre o público participante. Outra dificuldade foi inerente ao próprio delineamento de relato de experiência, que não permite estabelecer relações de causa e efeito nem avaliar de forma objetiva o impacto das ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

1. Di Cesare M, Perel P, Taylor S, Kabudula C, Bixby H, Gaziano TA, et al. The Heart of the World. *Glob Heart*. 2024;19(1):11. doi:10.5334/gh.1288. PMID: 38273998; PMCID: PMC10809869.

2. Münzel T, Hahad O, Sørensen M, Lelieveld J, Duerr GD, Nieuwenhuijsen M, et al. Environmental risk factors and cardiovascular diseases: a comprehensive expert review. *Cardiovasc Res*. 2022;118(14):2880-902. doi:10.1093/cvr/cvab316. PMID: 34609502; PMCID: PMC9648835.
3. Ghodeshwar GK, Dube A, Khobragade D. Impact of lifestyle modifications on cardiovascular health: a narrative review. *Cureus*. 2023;15(7):e42616. doi:10.7759/cureus.42616. PMID: 37641769; PMCID: PMC10460604.
4. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. *Circulation*. 2018;137(20):2166-78. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652.
5. Rippe JM. Lifestyle strategies for risk factor reduction, prevention, and treatment of cardiovascular disease. *Am J Lifestyle Med*. 2018;13(2):204-12. doi:10.1177/1559827618812395. PMID: 30800027; PMCID: PMC6378495.
6. Pulimeno M, Piscitelli P, Colazzo S, Colao A, Miani A. School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promot Perspect*. 2020;10(4):316-24. doi:10.34172/hpp.2020.50. PMID: 33312927; PMCID: PMC7723000.
7. Wolfenden L, McCrabb S, Barnes C, O'Brien KM, Ng KW, Nathan NK, et al. Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting diet, physical activity, obesity, tobacco or alcohol use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;8(8):CD011677. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;12:CD011677. doi:10.1002/14651858.CD011677.pub3. PMID: 36036664; PMCID: PMC9422950.
8. da Costa IFAF, Medeiros CCM, da Costa FDAF, de Farias CRL, Souza DR, Adriano WS, et al. Adolescentes: comportamento e risco cardiovascular. *J Vasc Bras*. 2017;16(3):205-13. doi:10.1590/1677-5449.011816. PMID: 29930648; PMCID: PMC5868936.
9. Haseler E, Sinha MD. Hypertension in children and young adults. *Pediatr Clin North Am*. 2022;69(6):1165-80. doi:10.1016/j.pcl.2022.07.005. Epub 2022 Oct 29. PMID: 36880928.
10. Menezes JDS, Oliveira AJF, Santos RF, Silva PR, Lima AC. Fatores de risco em adultos jovens para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares: o que a literatura mostra? *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e492101119949. doi:10.33448/rsd-v10i11.19949.
11. De Blas-Zapata A, Sastre-Albiach JM, Baixauli-López L, López-Ruiz R, Alvarez-Pitti J. Emerging cardiovascular risk factors in childhood and adolescence: a narrative review. *Eur J Pediatr*. 2025;184(5):298. doi:10.1007/s00431-025-06102-y. PMID: 40229626; PMCID: PMC11996947.
12. Perry AS, Dooley EE, Master H, Spartano NL, Brittain EL, Pettee Gabriel K. Physical activity over the lifecourse and cardiovascular disease. *Circ Res*. 2023;132(12):1725-40. doi:10.1161/CIRCRESAHA.123.322121.
13. Paulsamy P, Periannan K, Easwaran V, Abdulla Khan N, Manoharan V, Venkatesan K, et al. School-based exercise and lifestyle motivation intervention (SEAL.MI) on adolescents' cardiovascular risk factors and academic performance: catch them young. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(11):1549. doi:10.3390/healthcare9111549.
14. Arenaza L, Medrano M, Osés M, Amasene M, Díez I, Rodríguez-Vigil B, et al. The effect of a family-based lifestyle education program on dietary habits, hepatic fat and adiposity markers in 8- to 12-year-old children with overweight/obesity. *Nutrients*. 2020;12(5):1443. doi:10.3390/nu12051443.
15. Universidade Federal da Paraíba. Pró-Reitoria de Extensão. Edital PROEX 13/2024. PROBEX 2024-2025 [Internet]. João Pessoa (PB): UFPB; 2024 [cited 2025 Sep 30]. Available from: https://sig-arq.ufpb.br/arquivos/2024220038875064740648749694eaa86/EDITAL_PROEX_13_2024_PROBEX_2024-2025_verso_apresentao.pdf
16. Canva. Canva [Internet]. [cited 2025 Sep 30]. Available from: <https://www.canva.com/>

17. Trargino RGB. Didática na sala de aula: a vivência no ensino universitário. João Pessoa: Ideia; 2014. 222 p.
18. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2ª ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente (MMA); 2006. 128 p.
19. Oh JH, Hong YM. Blood pressure trajectories from childhood to adolescence in pediatric hypertension. *Korean Circ J*. 2019;49(3):223-37. doi:10.4070/kcj.2018.0448. PMID: 30808073; PMCID: PMC6393321.
20. Bjornstad P, Chao LC, Cree-Green M, Dart AB, King M, Looker HC, et al. Youth-onset type 2 diabetes mellitus: an urgent challenge. *Nat Rev Nephrol*. 2023;19(3):168-84. doi:10.1038/s41581-022-00645-1. Epub 2022 Oct 31. PMID: 36316388; PMCID: PMC10182876.
21. Nogueira-de-Almeida CA, Weffort VRS, Ued FDV, Ferraz IS, Contini AA, Martinez EZ, et al. What causes obesity in children and adolescents? *J Pediatr (Rio J)*. 2024;100 Suppl 1:S48-56. doi:10.1016/j.jped.2023.09.011. Epub 2023 Oct 31. PMID: 37918812; PMCID: PMC10960191.
22. Van Oeckel V, Vandendriessche A, Deforche B, Altenburg T, Koobasi M, Pauwels NS, et al. Participatory developed school-based interventions targeting physical activity and sedentary behaviour among children and adolescents: a scoping review. *Scand J Public Health*. 2024 Nov 1:14034948241290854. doi:10.1177/14034948241290854. Epub ahead of print. PMID: 39487570.
23. Ochoa-Avilés A, Verstraeten R, Huybregts L, Andrade S, Van Camp J, Donoso S, et al. A school-based intervention improved dietary intake outcomes and reduced waist circumference in adolescents: a cluster randomized controlled trial. *Nutr J*. 2017;16:79. doi:10.1186/s12937-017-0299-5.
24. Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. *Clin Med (Lond)*. 2023;23(4):284-91. doi:10.7861/clinmed.2023-0168. PMID: 37524429; PMCID: PMC10541056.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

Interfaces da espiritualidade e a integridade individual: disposições para o condicionamento físico

Interfaces of spirituality and individual integrity: dispositions for physical conditioning

Interfaces de la espiritualidad y la integridad individual: disposiciones para el acondicionamiento físico

Patrícia Mota Coutinho¹

Dante Ogassavara²

José Maria Montiel³

Guilherme Carlos Brech⁴

¹Universidade São Judas Tadeu, USJT | patymota3@gmail.com

²Universidade São Judas Tadeu, USJT | ogassavara.d@gmail.com

³Universidade São Judas Tadeu, USJT | montieljm@hotmail.com

⁴Universidade São Judas Tadeu, USJT | guilhermebrech@yahoo.com.br

RESUMO

O conceito de espiritualidade apresenta pelo menos duas perspectivas, sendo que a primeira perspectiva remete à busca pelo significado da vida e um relacionamento aproximado com um Deus sagrado. Os preceitos da espiritualidade tem sido considerados aspectos de suma importância para promoção do bem-estar e na percepção de qualidade de vida da pessoa, independentemente da fase da vida dessa pessoa. Nisto, teve-se o objetivo de verificar as relações entre o grau de espiritualidade, a condição física e cognitiva dos indivíduos, e a qualidade de vida. Assim, foi adotado um delineamento de pesquisa descritivo, transversal e de caráter quantitativo, sendo um estudo de campo. O presente estudo demonstrou que idosos e adultos apresentam diferenças na mobilidade funcional que pode estar relacionada aos hábitos de atividade física. Apesar da espiritualidade ser um elemento importante para a população idosa, não foram encontradas relações da espiritualidade com a capacidade física e cognitiva.

Palavras-chave: Envelhecimento. Espiritualidade. Qualidade de vida. Cognição. Condicionamento físico.

ABSTRACT

The concept of spirituality presents at least two perspectives, with the first referring to the search for the meaning of life and a close relationship with a sacred God. The precepts of spirituality have been considered aspects of utmost importance for promoting well-being and for the perception of an individual's quality of life, regardless of their stage of life. In this context, the objective was to examine the relationships between the degree of spirituality, individuals' physical and cognitive conditions, and quality of life. Thus, a descriptive,

cross-sectional, and quantitative research design was adopted, making it a field study. The present study demonstrated that older adults and younger adults exhibit differences in functional mobility, which may be related to physical activity habits. Although spirituality is an important element for the elderly population, no relationships were found between spirituality and physical or cognitive capacity.

Keywords: Aging. Spirituality. Quality of life. Cognition. Physical conditioning.

RESUMEN

El concepto de espiritualidad presenta al menos dos perspectivas, siendo que la primera perspectiva hace referencia a la búsqueda del significado de la vida y una relación cercana con un Dios sagrado. Los preceptos de la espiritualidad han sido considerados aspectos de suma importancia para la promoción del bienestar y la percepción de la calidad de vida de la persona, independientemente de la etapa de la vida de dicha persona. En este sentido, el objetivo fue verificar las relaciones entre el grado de espiritualidad, la condición física y cognitiva de los individuos, y la calidad de vida. Así, se adoptó un diseño de investigación descriptivo, transversal y de carácter cuantitativo, siendo un estudio de campo. El presente estudio demostró que los adultos mayores y los adultos presentan diferencias en la movilidad funcional que pueden estar relacionadas con los hábitos de actividad física. A pesar de que la espiritualidad es un elemento importante para la población anciana, no se encontraron relaciones entre la espiritualidad y la capacidad física y cognitiva.

Palabras-clave: Envejecimiento. Espiritualidade. Calidad de vida. Cognición. Condicionamiento físico.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado em todo o mundo, sendo que especificamente no Brasil os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹ sugerem que o número de pessoas idosas em 2017 alcançou a marca de 30,2 milhões, demonstrando para uma tendência significativa de crescimento ao longo das próximas décadas. Dados coletados no censo demográfico de 2022 evidenciam que as perspectivas são de um aumento gradual em torno de 3% ao ano de pessoas com mais de 60 anos².

É oportuno destacar que o envelhecimento tem uma manifestação significativa no âmbito fisiológico, psicológico e sociocultural, os quais tendenciam a condições variadas na vida dessas pessoas, ou seja, o envelhecimento apresenta manifestações heterogêneas e que é influenciada pelo modo com que os indivíduos vivenciam sua vida³. Aponta-se que o envelhecimento natural acompanhado de bons hábitos e condições favoráveis, é um processo que ocorre de maneira saudável e variada⁴.

Um dos aspectos de significativa importância para a vida do indivíduo está os preceitos relativos à espiritualidade, ao qual incorporado na dimensão biopsicossocial e de natureza multidimensional. Os preceitos da espiritualidade, tem sido considerados aspectos de suma importância para promoção do bem-estar e na percepção de qualidade de vida da pessoa, independentemente da fase da vida dessa pessoa. Entre a população idosa, a espiritualidade tende a ocupar um papel significativo em suas vidas⁵.

Forti *et al.*⁶ afirmam que o conceito de espiritualidade apresenta pelo menos duas perspectivas, sendo que a primeira perspectiva remete à busca pelo significado da vida e um relacionamento aproximado com um Deus sagrado. Sob a segunda ótica, a espiritualidade é uma busca pela reflexão sobre si e as mudanças frente aos entraves da vida. Compreende-se que a espiritualidade é a soma total de todos os sentimentos e crenças de natureza imaterial, com a premissa de que há mais na vida do que pode ser percebido ou totalmente compreendido⁷.

2 OBJETIVOS

Diante das interfaces estabelecidas com a espiritualidade, este estudo teve como problema de pesquisa: “a espiritualidade se relaciona com a qualidade de vida dos indivíduos?”. Alinhando-se com tal indagação, foi estabelecido o objetivo de verificar as relações entre o grau de espiritualidade, a condição física e cognitiva dos indivíduos, e a qualidade de vida.

3 MÉTODOS

Trata-se de um delineamento de pesquisa descritivo, transversal e de caráter quantitativo, sendo um estudo de campo⁸. Ou seja, teve-se um objetivo que versou sobre a descrição do estado das variáveis em questão sob um único enquadramento temporal, propondo a mensuração e análise estatística dos elementos estudados a partir de fontes de informação primária⁹.

Ao propor um estudo com fontes de informação primária coletados com seres humanos, este estudo foi desenvolvido apresentado a um comitê de ética em pesquisa e aprovado (protocolo número 5.007.113; CAAE: 51763321.3.0000.0089). Nisto, a coleta de dado só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa com adultos e idosos pertencentes a um grupo religioso no município de São Paulo.

Participantes

A captação de participantes foi realizada por conveniência em espaços de convivência. Teve-se como critério de inclusão possuir idade igual ou superior a 18 anos e que frequentavam centros religiosos, independentemente de sexo ou qualquer outra característica sociodemográfica. O único critério de exclusão estabelecido foi Nisto, a amostra foi composta por 20 participantes que frequentavam um mesmo grupo religioso, sendo subdividida em dois grupos: um grupo de adultos ($n = 12$) e um grupo de pessoas idosas ($n = 8$).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Neste instrumento foram coletadas informações referentes à idade, sexo e escolaridade.

Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ

Foi aplicada a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ composta por sete questões abertas, abordando o tempo despendido por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada)¹⁰.

Time Up and Go Test - TUGT

Para avaliação da capacidade física, utilizou-se o teste *Time Up and Go Test* (TUGT) para tratar da mobilidade funcional. Neste os participantes encontram-se sentados em uma cadeira (45 cm de altura), com apoio de braços e costas, usando calçados confortáveis e adequados para a atividade, assim quando for emitido o comando “vai”, devem levantar da cadeira, andar um percurso linear de 3 m, com passos seguros, retornar à cadeira e sentar-se, tendo o tempo cronometrado em segundos até a conclusão da tarefa.

Sob esta estrutura, foram realizados três testes do TUGT e três testes com o TUGT com dupla tarefa. A dupla tarefas que foram realizadas são: Teste 1 - nome de frutas; Testes 2 - nome de legumes, Teste 3 nomes de pessoas¹¹.

30-s chair-stand test

Foi aplicado o teste *30-s chair-stand test* (levantar e sentar da cadeira) para avaliar a força e a resistência dos membros inferiores. Os participantes tinham que cruzar os braços com o dedo médio em direção ao acrômio. Ao sinal de início do teste tiveram que se erguer e ficaram totalmente em pé e então retornaram a posição sentada. Os participantes eram encorajados a completar tantas ações de ficar totalmente em pé e sentar quanto possível em 30 segundos. O analisador realizou uma vez para demonstrar o teste para que os participantes aprendessem apropriadamente. O teste foi realizado uma vez. Foi quantificado quantas vezes os voluntários foram capazes de levantar e sentar durante 30 segundos¹².

Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36

Para avaliar a qualidade de vida, utilizou-se o questionário *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* - SF-36. O questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 foi validado por CICONELLI et al. (1997) exclusivamente para estudo da saúde, validada para todo o contexto nacional brasileiro, evidencia uma alta confiabilidade e uma apropriada validação de critério em comparação com outros instrumentos para validar a qualidade de vida. O questionário é autoaplicável com 36 questões, avalia 8 domínios que engloba a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental¹³.

Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15

É um instrumento autoaplicável de rastreio de sintomatologia depressiva composto por 15 itens com tipo de resposta dicotômico, sendo que a cada “sim” é atribuído 1 ponto e tem a correção invertida nos itens 1, 5, 7, 11 e 13. Nisto, é adotado como nota de corte 6 pontos, ou seja, pontuações superiores a 6 pontos indicam a presença de sintomatologia depressiva¹⁴.

Mini-Exame do Estado Mental

É um instrumento de rastreio para comprometimento cognitivo composto por 10 itens de formato e peso variado, tem como subescalas: orientação (até 10 pontos), memória (até 3 pontos), atenção e cálculo (até 5 pontos), memória de evocação (até 3 pontos) e linguagem (até 9 pontos). Assim, adotou-se a nota de corte 23 pontos, propondo que pontuações inferiores a 23 pontos indicam o comprometimento cognitivo do respondente¹⁵.

Escala de Bem-Estar Espiritual - EBE

Utilizou-se a Escala de Bem-Estar Espiritual – EBE para avaliar bem-estar espiritual, fazendo uso de duas subescalas: uma de bem-estar religioso e outra de bem-estar existencial. Cada subescala é composta por 10 itens, com conteúdo de bem estar religioso e bem estar existencial¹⁶.

Estratégia de coleta de dados

Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi dado início à coleta dos dados. A coleta foi realizada em um único momento e de forma presencial, sendo iniciada pela apresentação do questionário sociodemográfico, seguido pelos IPAQ, SF-36, GDS-15, MEEM e EBE. Posteriormente ao preenchimento das escalas e questionários, foram realizados os testes TUGT e 30-s chair-stand test.

Estratégia de análise de dados

Foram realizadas análises descritivas, comparativas e correlacionais dos dados coletados pelo programa IBM SPSS Statistics (versão 24), com um nível de significância de 5%. Assim, os resultados foram apresentados no formato de médias, porcentagens e desvios padrão em tabelas e gráficos.

A partir do teste de Shapiro-Wilk, foi verificado que as variáveis não apresentaram distribuição normal, assim foi realizado o teste qui quadrado foi utilizado para comparar variáveis categóricas e o teste U de Mann-Whitney. Também foi realizado o teste de correlação de Spearman entre a pontuação da EBE e as variáveis relacionadas aos aspectos físicos, emocionais e qualidade de vida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 20 participantes de uma mesma igreja evangélica da cidade de São Paulo, tendo idades que variam dos 18 aos 83 anos. Ao dividir os participantes entre dois grupos, o subgrupo de adultos (n = 12) apresentou idade média de 50 anos, sendo metade mulheres (50,0%) e em maioria tendo concluído o ensino médio (67,7%) e casadas (83,3%). Por sua vez, o subgrupo de idosos (n = 8) apresentou idade média de 71 anos, sendo majoritariamente mulheres (62,5%), casadas (75%) e que cursaram somente o ensino fundamental I (75%).

A partir dos dados coletados foram realizadas análises das características sociodemográficas e das pontuações obtidas na aplicação dos instrumentos propostos, assim foram calculadas as frequências e então realizadas análises comparativas entre as pontuações dos subgrupos. Estes dados constam na Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1. Comparação dos subgrupos de adultos e de idosos pelo teste Qui-Quadrado

	Adultos (n=12)	Idosos (n=8)	X ²	p
	n(%)	n(%)		
Sexo				
Masculino	6 (50%)	3 (37,5%)	0,3	0,58
Feminino	6 (50%)	5 (62,5)		
Escolaridade				
Fundamental I	2 (16,7%)	6 (75%)	10,8	0,03*
Fundamental II	2 (16,7%)	2 (25%)		
Ensino médio	4 (33,3%)			
Ensino superior	4 (33,3%)			
Estado Civil				
Solteiro		1 (12,5%)	4,4	0,22
Casado/União	10 (83,3%)	6 (75%)		
Divorciado	2 (16,7%)			
Viúvo		1 (12,5%)		
IPAQ				
Irregularmente ativo	3 (25%)	6 (75%)	6,0	0,04*
Ativo	9 (75%)	2 (25%)		

*p≤0,05

Os idosos avaliados foram classificados majoritariamente como irregularmente ativos pela pontuação obtida no IPAQ e sendo marcados por uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$), sendo que os adultos eram mais ativos que idosos. A atividade física pode minimizar o declínio associado ao processo de envelhecimento físico¹⁷. A inatividade física vem aumentando pelos hábitos da vida moderna, estando associada ao aumento da prevalência de distúrbios funcionais entre idosos, enquanto indivíduos que praticam atividade física tendem a possuir maior mobilidade e contribuem para uma menor incidência de quedas¹⁸.

Existe desarmonia entre a consciência sobre a necessidade da prática da atividade física e a execução, mas existe uma ciência da importância da atividade física entre todas as faixas etárias, mas a maioria não é regularmente ativa. Infelizmente, uma parcela significativa da população demonstra não valorizar, desfrutar ou não incorporar a prática de exercícios

saudáveis ao seu cotidiano, seja para lazer, locomoção diária ou mesmo para os serviços domésticos¹⁹.

Tabela 2. Comparação dos grupos idosos e adultos pelo teste U de Mann-Whitney

	Adultos (n=12)		Idosos (n=8)		p
	Média	DP	Média	DP	
TUGT (seg)	6,91	1,66	12,07	5,3	0,01*
TUGT Dupla (seg)	7,89	1,28	17,95	8,26	0,01*
30-s chair-stand test	10,92	2,28	8,88	3,48	0,14
EBE	104,8	9,44	101,6	7,29	0,34
GDS-15	1,42	0,9	1,38	0,52	0,73
Mini Mental	27,42	2,07	24	3,96	0,06
SF36					
Capacidade Funcional	76,25	21,9	59,38	27,3	0,79
Limitações Físicas	64,58	36,1	68,75	39,5	0,03*
Dor	61,75	16,5	47,13	18,8	0,57
Estado de saúde	67,5	23,4	64,63	12,5	0,79
Vitalidade	52,92	23,5	56,88	33,1	0,91
Aspectos sociais	68,75	29,4	68,75	35,4	0,31
Aspectos emocionais	69,44	30	83,33	25,2	0,85
Saúde Metal	67,67	17,4	73	19,5	0,85

*p≤0,05

Os dados de correlação da espiritualidade com aspectos físicos e emocionais e qualidade de vida são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Teste de correlação de Spearman da espiritualidade com aspectos físicos e emocionais.

	Adultos (n=12)			Idosos (n=8)		
	BER	BEE	EBE	BER	BEE	EBE
Aspectos físicos	r	r	r	r	r	r
TUGT (seg)	0,101	-0,014	-0,040	0,049	0,168	0,095
TUGT Dupla (seg)	0,075	-0,133	-0,140	0,537	0,527	0,595
30-s chair-stand test	0,369	-0,296	0,083	-0,286	-0,055	-0,170
IPAQ	0,089	-0,363	-0,250	-0,211	0,000	-0,129
Bem-estar e Espiritualidade						
BER						

	BEE	0,451			0,847*		
	EBE	0,826*	0,849*		0,927*	0,970*	
Aspectos emocionais							
	GDS	0,017	-0,703*	-0,400	-0,404	-0,453	-0,507
	Mini Mental	0,274	0,431	0,468	-0,074	-0,133	-0,275
Qualidade de vida (SF36)							
	Capacidade Funcional	-0,188	0,131	-0,060	0,494	0,679	0,602
	Limitações Físicas	-0,047	0,018	-0,060	0,065	0,077	0,076
	Dor	-0,246	0,147	-0,140	0,062	0,145	0,169
	Estado de saúde	-0,346	0,476	0,328	0,854*	0,659	0,762*
	Vitalidade	-0,344	0,166	-0,050	0,464	0,395	0,405
	Aspectos sociais	0,015	0,328	0,211	-0,277	0,130	-0,074
	Aspectos emocionais	-0,386	-0,317	-0,420	-0,127	0,180	0,110
	Saúde Metal	-0,214	0,496	0,110	0,432	0,364	0,361

*p≤0,05

Observa-se que não foi evidenciada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e os aspectos físicos relacionados à qualidade de vida. No teste TUGT com e sem dupla tarefa, os adultos executaram mais rápido o teste, sendo parcialmente explicada ao ser evidenciada uma maior capacidade funcional e o maior nível de atividade física registrado pelo IPAQ. É evidenciado as relações positivas de possuir uma vida espiritual relevante e a saúde física, corroborando com achados que reforçam a concepção de que as crenças e práticas religiosas estão associadas a um maior grau de bem-estar e um enfrentamento mais bem-sucedido de situações estressantes. Estas associações possuem relação entre crenças religiosas e melhor saúde mental foi mais pronunciada em situações de alto estresse. Até certo ponto, esses achados também são validados em pacientes psiquiátricos, que enfrentam enormes estressores ambientais e psicossociais devido à sua doença e requerem estratégias de enfrentamento eficazes²⁰.

Observou-se uma correlação positiva entre o bem-estar espiritual e o bem-estar existencial ou pelo somatório total do instrumento (escala de bem estar espiritual), exceto para os adultos quanto ao bem estar espiritual e existencial. Neste sentido, demonstra a importância tanto do bem estar espiritual quanto do bem estar existencial para apresentar um bom estado de bem estar geral.

Segundo Tutaya e Orué²¹, a EBE apresenta um maior número de questionamentos com conotação positiva quando comparados com os questionamentos negativos do instrumento, muitas vezes associado também a um alto nível de bem-estar mental. Quando analisado detalhadamente, o bem-estar espiritual está mais associado a sentimentos de comunhão com Deus ou um Ser Supremo do que a questões existenciais como plenitude, sentido e sentido da vida, dados os maiores escores alcançados na dimensão. A religião é mais importante que o existencialismo da EBE. Não apenas as pontuações foram neste estudo mais altas na religião, onde mais da metade dos participantes atingiram sua pontuação mais alta. Neste sentido, quanto maior o bem-estar existencial maior o bem-estar espiritual.

Pôde-se observar que não houve correlação em muitos domínios das qualidade de vida em ambos os grupos, sendo evidenciado que somente o domínio de estado de saúde houve foi positivamente correlacionado ao bem estar religioso entre o subgrupo de idosos. Estes achados corroboram com as contribuições de Agli *et al.*¹⁷ ao observarem os efeitos positivos da espiritualidade e religião. Contextos de prática de religiosa ofertam auxílio para melhorar ou estabilizar, subsidiando os indivíduos com repertórios de enfrentamento expandido para adversidades cotidianas e permitindo uma maior qualidade de vida^{22, 23}. Nisto, reafirma-se a importância das redes de suporte social para a manutenção da saúde coletiva, sendo estruturas que amparam a vivência individual de múltiplas formas²⁴.

Ao tratar do subgrupo de adultos, não foram observadas correlações da qualidade de vida com a qualidade de vida. Nisto, estes achados dialogam com os resultados obtidos por Agli *et al.*¹⁷ ao ser sugerido que a espiritualidade se associa a busca por significado na vida. Muitas vezes as pessoas, diante de doenças, física ou mental, apresentam maior interesse na religião e espiritualidade. Nesse sentido, muitas vezes a ida a uma instituição religiosa é instrumentalizada como componente de uma estratégia para enfrentar situações de sofrimento. Neste sentido, os recursos contextuais dispostos acerca dos indivíduos condicionam o conjunto de alternativas para a adoção de comportamentos resilientes e o enfrentamento das adversidades de modo funcional²⁵.

Martins et al.²³ destacam a relação entre a espiritualidade e os aspectos emocionais, sendo que pessoas doentes buscam a Deus por meio de rezas, a realização de rituais religiosos, o apoio dos membros de suas comunidades religiosas e a leitura da Bíblia. Neste sentido, a espiritualidade contribui para diminuição do estresse causado por dificuldades acometidas ao longo da vida por psicopatologias ou doenças fisiológicas, permitindo a

interação da espiritualidade com comportamento de orar, que muitas vezes contribui para expor suas preocupações, fúria, frustração, e aprender a regulação dos seus sentimentos e emoções. Nessa perspectiva, fica claro o quanto é importante levar em consideração e valorizar as crenças religiosas e as necessidades psicoespirituais como fatores que afetam a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, direcionando os planos de assistência à saúde para o melhor tratamento da condição e a identificação de qualquer potencial de recuperação no indivíduo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que idosos e adultos apresentam diferenças na mobilidade funcional que pode estar relacionada aos hábitos de atividade física. Apesar da espiritualidade ser um elemento importante para a população idosa, não foram encontradas relações da espiritualidade com a capacidade física e cognitiva. O presente estudo teve a oportunidade de investigar, ainda que com uma amostra pequena, a influência e relação da espiritualidade com aspectos físicos, cognitivos e de qualidade de vida, e observar se estes aspectos diferenciavam quando comparados entre adultos e idosos. Entender os benefícios diretos e indiretos da espiritualidade, são essenciais para que se possa entender sua relação com aspectos atrelados com a saúde. Apesar da literatura apresentar suporte e evidência para os benefícios da espiritualidade na área clínica e de saúde mental.

Este estudo apresentou algumas limitações importantes. O tamanho da amostra, por se tratar de uma amostra de conveniência, e consequentemente ser pequena, pode ter contribuído para não encontrar evidências da relação entre a espiritualidade e a capacidade cognitiva, física e qualidade de vida. O fato da amostra ter sido coletada em um único centro religioso, apresenta uma relação direta com o tamanho da amostra, pois foram esgotadas as possibilidades de ampliar o tamanho da amostra de conveniência. Além disso, pode ter apresentado um perfil específico da espiritualidade, que não poderia ser extrapolado para outros indivíduos que frequentam outros centros religiosos com diferentes metodologias.

REFERÊNCIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população por sexo e idades. 2019, Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crescimento Populacional. 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.
3. Ferreira-Costa J, Silv-Ferreira T, Ogassavara D, Silva DF, Bartholomeu D, Montiel JM. Promoção de qualidade de vida na pessoa idosa: representações e adjetivações subjetivas. *PSI UNISC*, 2023; 7(2), 249-257.
4. Dawalibi NW, Anacleto, GMC, Witter, C, Goulart, RMM, Aquino, RC. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia(Campinas) [online]*., 2013; 30, (3) <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>.
5. Simão TP, Caldeira S, Carvalho EC. O efeito da oração na saúde dos pacientes: revisão sistemática da literatura. *Religiões*, 2016; 7 (1), 11. <http://www.mdpi.com/2077-1444/7/1/11>.
6. FORTI S, Serbena CA, Scaduto AA. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25, 1463-1474.
7. Organização Mundial da Saúde. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)* (No. WHO/MSA/MHP/98.2). 1988. World Health Organization.
8. Ogassavara D, Silva-Ferreira T, Ferreira-Costa J, Bartholomeu D, Tertuliano IW, Montiel JM. Concepções e interlocuções das revisões de literatura narrativa: contribuições e aplicabilidade. *Ensino & Pesquisa*, 2023; 21(3), 8–21. DOI: 10.33871/23594381.2023.21.3.7646. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/ensinoepesquisa/article/view/7646>.
9. Briet, S. O que é a documentação? Brasília: Briquet de Lemos, 2016. Disponível em: www.briquetdelemos.com.br.
10. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira C, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001; 6(2):5-12.
11. Podsiadlo D, Richardson S. The time "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39:142-148.
12. Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport*, 1999; 70(2): 113-9.
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)." Tese Univ Fed São Paulo. 1997.
14. Paradela, EMP, Lourenço RA, Veras, RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de saúde pública*, 2005; 39, 918-923.
15. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 2006; 40, 712-719. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000500023>.
16. Curcio CSS. Validação da versão em Português da "Brief Multidimensional Measure of Religiousness /Spirituality" ou "Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade". 2013; 121.
17. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Espiritualidade e religião em idosos com demência: uma revisão sistemática. *International Psychogeriatrics* , 2015; 27(5), 715-725.
18. Guimarães LT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL, Carvalho EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista neurociências*. 2004; 12(2), 68-72.
19. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001; 3, 278.

20. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 2007; 34, 5-7.
21. Tutaya LSC, ORUÉ SBM. Percepção do atendimento da dimensão espiritual na ótica dos pacientes clínicos internados em um hospital universitário da região norte do País. 2022.
22. Scorsolini-Comin F, Rossato L, Cunha VF, Correia-Zanini MRG, Pillon SC. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2020; 10.
23. Martins, DDA, Coêlho, PDL, Becker, SG, Ferreira, AA, Oliveira, MLCD, Monteiro LB. Religiosidade e saúde mental como aspectos da integralidade no cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 75 .
24. Kascakova N, Fustova J, Trnka R, Hasto J, Geckova AM, Tavel P. Subjective perception of life stress events affects long-term pain: the role of resilience. *BMC Psychology*, 2022; 10: 54. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00765-0>
25. Ogassavara D, Aluani EP, Bastos MF, Montiel JM. Envelhecimento e resiliência: conceitos, incursões e desenvolvimento subjetivo. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 2023; 26(3), 93-104.