

ORGANIZAÇÃO
CÍNTIA RAMOS TEIXEIRA
MARIA MICHELLE BISPO CAVALCANTE
LUIS FELIPE ALVES SOUSA
SHIRLEY RAMOS TEIXEIRA
MARCELO GOMES VAZ

MENTE, CORPO E ESPIRITUALIDADE:

APLICAÇÕES E EXPANSÕES

VOLUME 2



ORGANIZADORES

CÍNTIA RAMOS TEIXEIRA
MARIA MICHELLE BISPO CAVALCANTE
LUIS FELIPE ALVES SOUSA
SHIRLEY RAMOS TEIXEIRA
MARCELO GOMES VAZ

MENTE, CORPO E ESPIRITUALIDADE: APLICAÇÕES E EXPANSÕES

DOI: <https://doi.org/10.58871/CONSAMES25>
ISBN: 978-65-83124-26-5

2º Volume

EDITORA ACADEMIC

Campo Alegre de Lourdes – Bahia, 22 de setembro de 2025



Copyright© dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo do e-book, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais. Revisão e normalização: os autores e autoras.

Preparação e diagramação: Júnior Ribeiro de Sousa

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Mente, corpo e espiritualidade [livro eletrônico] :
aplicações e expansões : volume 2 / organização
Cíntia Ramos Teixeira...[et al.]. -- Campo
Alegre de Lourdes, BA : Editora Academic, 2025.
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Maria Michelle Bispo
Cavalcante, Luis Felipe Alves Sousa, Shirley Ramos
Teixeira, Marcelo Gomes Vaz.
ISBN 978-65-83124-26-5

1. Corpo e mente (Terapia) 2. Corpo e mente -
Aspectos da saúde 3. Corpo e mente - Relaxamento -
Técnica 4. Espiritualidade 5. Medicina integrativa 6.
Psicologia 7. Saúde mental I. Teixeira, Cíntia Ramos.
II. Cavalcante, Maria Michelle Bispo. III. Sousa,
Luis Felipe Alves. IV. Teixeira, Shirley Ramos. V.
Vaz, Marcelo Gomes.

25-303640.4

CDD-158.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Corpo e mente : Equilíbrio : Psicologia aplicada
158.1

Suelen Silva Araújo Oliveira - Bibliotecária - CRB-8/11482



APRESENTAÇÃO

O Congresso Nacional de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade – CONSAMES surgiu da necessidade que o Projeto de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade tem em acolher e compartilhar conhecimentos e experiências que envolvam suas temáticas centrais. Vivências exitosas que trazem reflexões, tanto para o âmbito profissional como o pessoal.

O livro *Mente, Corpo e Espiritualidade: Aplicações e Expansões* é composto por experiências que nos trazem reflexões e que nos instigam a buscarmos compreender a dor e comportamento do próximo, que nos ensine a sermos empáticos, acolhedores e humanos melhores. As produções aqui disponíveis foram elaboradas pelos nossos participantes, estudantes, professores e profissionais de diversas áreas de atuação que trabalham cuidando e ensinando a cuidar de vidas. Pedimos que cada leitor se deleite na leitura deste livro, refletindo sobre estratégias e inovações que podem ser usadas no momento do cuidar.



CORPO EDITORIAL

Cíntia Ramos Teixeira

projetosames@gmail.com

Enfermeira, especialista em Saúde Mental, em Saúde Pública e Saúde da Família, em Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros e em Saúde da Mulher. Doutoranda em Biotecnologia – RENORBIO. Terapeuta integrativa, Logoterapeuta, Reikiana, Auriculoterapeuta, Terapeuta Cone Hindu, Radiestesista e Aromaterapeuta. Fundadora e diretora do Projeto de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade, Presidente Executiva, Organizadora e Científica do Congresso Nacional de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade – CONSAMES. Ganhadores de 7 prêmio acadêmicos a nível nacional e de 2 Prêmios e 2 Selos Top Excelência Brasil com o Projeto SAMES

Maria Michelle Bispo Cavalcante

projetosames@gmail.com

Enfermeira, Farmacêutica, Esteticista, Mestre em Saúde da Família, Doutoranda em Biotecnologia – RENORBIO. Fundadora e coordenadora do Projeto de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade, Pró-reitora de Extensão e Responsabilidade Social do Centro Universitário Inta – UNINTA, Presidente da Comissão Organizadora e Científica do Congresso Nacional de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade.

Luis Felipe Alves Sousa

felipe100.lfa@gmail.com

Enfermeiro, Gestor hospitalar, Especialista em Urgência, Emergência, UTI, Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Presidente da Comissão e Científica do Congresso Nacional de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade.

Shirley Ramos Teixeira

shirleyramos10@gmail.com

Licenciada em Letras - Português e Literaturas da Língua Portuguesa, Especialista em Educação Especial e Inclusiva com Ênfase em Gestão.

Marcelo Gomes Vaz

mgomesvaz@gmail.com

Químico, Licenciado em Matemática, Especialista em Química ambiental e Ensino de Química. Docente da secretária estadual de educação do Ceará

Aldecira Uchôa Monteiro Rangel

aldeciraumrangel@gmail.com

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Coletiva – UNIFOR, Presidente da Comissão Científica do Congresso Nacional de Saúde Mental, Integrativa e Espiritualidade.

Luciandro Tássio Ribeiro de Souza

tassyandrosouza4193@gmail.com



Licenciado em Letras - Português e Literaturas da Língua Portuguesa, em Pedagogia, e em Informática Educacional. Especialista em Neuropsicologia, Neuropsicopedagogia, Psicopedagogia, em Letras - Português e Literatura, em Língua Portuguesa e Docência do Ensino Superior, em Educação no Campo, em Geografia, Meio Ambiente e Sustentabilidade, em Tecnologias Digitais e Educação a Distância, em Gestão Educacional e Docência no Ensino Básico e Superior, em Gestão Educacional e Projetos, em Tecnologia da Informação e Inovação, em Segurança da Informação, Cybernética e Governança de TI. MBA em Gestão de Projetos e em Gestão Pública e Projetos. Mestre em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento.

Kayron Rodrigo Ferreira Cunha

ikayron.kr@gmail.com

Enfermeiro, Especialista em caráter de residente em Saúde da Família/Atenção Básica, Mestre e Doutorando em Enfermagem – UFPI, Docente da Universidade Estadual do Piauí – UESPI.

Andréia Souza da Cunha

andreia.cunha@uninta.edu.br

Graduada em Pedagogia, Especialista em Psicopedagogia e em Psicologia da Educação, Mestre em Educação, Assessora Pedagógica da Pró-reitoria de Ensino de Graduação do Centro Universitário Inta – UNINTA.

Lea Barbosa de Sousa

lea-b@hotmail.com

Graduada em Pedagogia, Especialista em Psicopedagogia, em Ciências da Educação, em Didática do Ensino Superior, em Educação Especial e Inclusiva. Mestre em Ciências da Educação, Doutoranda em Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT/Portugal). Coordenadora da Clínica de Psicopedagogia do Centro Universitário Inta - UNINTA

Maria Vitalina Alves Sousa

enf.vitalinaalves@gmail.com

Enfermeira, Gestora hospitalar, Especialista em Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia; em Enfermagem em Urgência, Emergência e UTI; em Gestão e Auditoria em Serviços da Saúde; em Gestão em Qualidade em serviço de Saúde Hospitalar. Mestranda em Biotecnologia pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.

Antonio Kelton Monteiro Caraubá

keltonmonteiro678@gmail.com

Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental, Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros, em Urgência, Emergência e UTI, em Enfermagem do Trabalho.

Júnior Ribeiro de Sousa

Editor-Executivo da Editora Academic, Presidente do Instituto Academic.

**SUMÁRIO**

CAPÍTULO 01	08
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	
CAPÍTULO 02	17
O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS	
CAPÍTULO 03	25
AURICULOTERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NO CUIDADO COMPLEMENTAR À PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROSPECÇÃO CLÍNICA INTEGRATIVA BASEADA EM ESTUDO DE CASO	
CAPÍTULO 04	33
DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CUIDADO PALIATIVO: CONTRIBUIÇÕES PARA O SUPORTE MULTIDISCIPLINAR	
CAPÍTULO 05	41
A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM ÂMBITO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	
CAPÍTULO 06	48
ESPIRITUALIDADE E CUIDADO INTEGRAL: ABORDAGENS NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	
CAPÍTULO 07	56
IDADISMO: REFLEXÕES SOBRE A DISCRIMINAÇÃO ETÁRIA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA	
CAPÍTULO 08	64
DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E SUA REDE DE APOIO	
CAPÍTULO 09	73
EPISTEMICÍDIO EM SAÚDE: DESAFIOS DA INVISIBILIZAÇÃO DE SABERES CULTURAIS E NARRATIVAS IDENTITÁRIAS	
CAPÍTULO 10	83
GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: ENTRAVES NA CONSOLIDAÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADO INTEGRAL	
CAPÍTULO 11	91
QUIMERA OU COSMOCONSCIÊNCIA? REFLEXÕES SOBRE A OFICINA EXPERIMENTAL DE CINEMA DIGITAL DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA DE TABOÃO DA SERRA - SP	



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.01>

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES**

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY CARE: CHALLENGES AND POSSIBILITIES

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

Email: izabelsnogueira@hotmail.com

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Mestre pela Universidade Potiguar/RN (UNP)

JOÃO BOSCO FILHO

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como proposta analisar com base na literatura, os principais desafios e possibilidades para a implementação efetiva dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, com foco nas equipes da Estratégia Saúde da Família, **Metodologia:** Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, baseada em levantamento bibliográfico realizado em bases de dados virtuais. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2019 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem os desafios e as possibilidades dos cuidados paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Os descritores utilizados para a busca foram: “cuidados paliativos” e “atenção primária à saúde”; “cuidados paliativos” e “estratégia saúde da família”; “cuidados paliativos” e “atenção básica”. Foram excluídos da análise os artigos disponíveis somente em resumo, as revisões de literatura, os estudos duplicados e aqueles que não se relacionavam diretamente com o tema proposto. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 538 artigos, após leitura e seleção criteriosa, foram analisados 10 artigos com relevância temática para os objetivos propostos. As revisões da literatura encontradas durante o levantamento de dados foram importantes na composição do estudo. **Considerações Finais:** A incorporação efetiva dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde representa um grande desafio, mas também uma oportunidade valiosa de promover um cuidado mais humano, integral e centrado na dignidade da pessoa. Por fim, reforça-se a necessidade de reconhecer os cuidados paliativos como estratégia inovadora e indispensável para a qualificação da atenção na APS, envolvendo de maneira integrada trabalhadores, gestores, usuários e familiares. Somente a partir desse compromisso coletivo será possível garantir um cuidado que respeite a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento crônico ou terminal, consolidando-se como um componente essencial da atenção integral à saúde no Brasil.



Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Atenção Básica.

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze, based on the literature, the main challenges and possibilities for the effective implementation of palliative care in Primary Health Care, focusing on Family Health Strategy teams. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study based on a bibliographic survey conducted in virtual databases. Articles published between 2019 and 2024, in Portuguese, English, and Spanish, addressing the challenges and possibilities of palliative care in the context of Primary Health Care (PHC) were selected. The descriptors used for the search were: "palliative care" and "primary health care"; "palliative care" and "family health strategy"; "palliative care" and "primary care." Articles available only as abstracts, literature reviews, duplicate studies, and those not directly related to the proposed topic were excluded from the analysis. **Results and Discussion:** A total of 538 articles were found. After careful reading and selection, 10 articles with thematic relevance to the proposed objectives were analyzed. The literature reviews found during the data collection were important in developing the study. **Final Considerations:** The effective incorporation of palliative care into Primary Health Care represents a major challenge, but also a valuable opportunity to promote more humane, comprehensive care centered on the dignity of the individual. Finally, we reinforce the need to recognize palliative care as an innovative and indispensable strategy for improving care in PHC, involving workers, managers, patients, and family members in an integrated manner. Only through this collective commitment will it be possible to guarantee care that respects the dignity, autonomy, and quality of life of people experiencing chronic or terminal suffering, consolidating its position as an essential component of comprehensive health care in Brazil.

Keywords: Palliative care; Primary health care; Family health strategy; Primary care.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e a prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm imposto novas e complexas demandas ao sistema de saúde, entre elas a necessidade de uma abordagem mais humanizada, integral e centrada na pessoa que vivencia uma condição ameaçadora da vida. Nesse cenário, os cuidados paliativos (CP) assumem papel fundamental, ao buscarem oferecer não apenas controle rigoroso de sintomas e alívio do sofrimento, mas também suporte psicossocial e espiritual, contemplando o paciente em sua integralidade e estendendo a atenção à família e cuidadores. Essa abordagem, ao reconhecer a singularidade das trajetórias de adoecimento, é considerada parte essencial da atenção integral à saúde, alinhando-se aos princípios de dignidade, autonomia e qualidade de vida (Silva et al., 2020; Rodrigues et al., 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua capilaridade territorial, capacidade de acompanhamento longitudinal e estabelecimento de vínculos duradouros com a comunidade, configura-se como cenário estratégico para a identificação precoce das necessidades paliativas



e para a construção de planos de cuidado compartilhados. A presença contínua da equipe multiprofissional no território favorece a proximidade com o contexto sociocultural dos usuários, possibilitando a implementação de intervenções mais alinhadas às suas demandas reais e garantindo maior coordenação entre os diferentes níveis de atenção (Santos et al, 2023).

Em seu estudo Hoffmann (2024) relata que apesar desse potencial, persistem lacunas significativas na efetiva incorporação dos cuidados paliativos na rotina da APS. Entre as principais barreiras, destacam-se a ausência de diretrizes clínicas e protocolos específicos para o nível primário, a formação profissional insuficiente — frequentemente marcada por um viés tecnicista e fragmentado — e a escassez de políticas públicas robustas que orientem e sustentem a prática das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses desafios repercutem diretamente na qualidade e na continuidade do cuidado, muitas vezes retardando o início das intervenções paliativas e restringindo seu alcance a estágios mais avançados da doença.

Diante desse panorama, torna-se imperativo promover um debate qualificado sobre os desafios e possibilidades da operacionalização dos cuidados paliativos no contexto da atenção primária, considerando aspectos organizacionais, formativos, culturais e de gestão. Tal reflexão é fundamental para avançar na construção de um modelo de cuidado que, ao mesmo tempo, respeite a singularidade de cada usuário e assegure a efetividade das ações em rede (Pereira et al., 2022).

A relevância deste estudo está em sua contribuição para aprofundar o entendimento sobre os desafios e as possibilidades da implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no contexto das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Frente ao aumento da expectativa de vida e à prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis, torna-se imperativo promover um cuidado mais humanizado, integral e centrado na dignidade do paciente e de seus familiares.

Para tanto o objetivo desse trabalho será analisar com base na literatura, os principais desafios e possibilidades para a implementação efetiva dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, com foco nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

2. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, baseada em levantamento bibliográfico realizado em bases de dados virtuais. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2019 e 2024, no período de maio a



agosto de 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem os desafios e as possibilidades dos cuidados paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Para a busca, foram realizadas combinações de palavras e descritores controlados, selecionados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) complementados pelo operador booleanos “AND” correspondentes em língua inglesa com a finalidade de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ao mesmo tempo cada um dos termos: ““cuidados paliativos” e “atenção primária à saúde”; “cuidados paliativos” e “estratégia saúde da família”; “cuidados paliativos” e “atenção básica”. Foram excluídos da análise os artigos disponíveis somente em resumo, as revisões de literatura, os estudos duplicados e aqueles que não se relacionavam diretamente com o tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 538 artigos, após leitura e seleção criteriosa, foram analisados 10 artigos com relevância temática para os objetivos propostos. As revisões da literatura encontradas foram importantes na composição do estudo.

Tabela 01- Distribuição das referências encontradas, excluídas e selecionadas no período de 2019 a 2024 nas bases eletrônicas de dados - Natal, 2025.

Base de dados pesquisada	Nº de artigos encontrados	Nº de artigos excluídos	Nº de artigos selecionados
MEDLINE	406	401	05
LILACS	86	85	01
BDENF	35	32	03
COLECIONA SUS	11	10	01
Total	538	528	10

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde

A efetivação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) enfrenta diversos entraves que comprometem a qualidade e a integralidade da assistência. Um dos principais desafios é a formação e capacitação profissional insuficiente, visto que muitas equipes relatam insegurança tanto no manejo clínico quanto na comunicação com pacientes e familiares. O ensino ainda se mostra fragmentado e tecnicista, com reduzida ênfase na abordagem integral e humanizada, o que enfraquece o cuidado paliativo na base do sistema de saúde (Melo et al, 2021; Santos, 2024).

Outro obstáculo relevante é a falta de protocolos e diretrizes claras, uma vez que a ausência de fluxos bem definidos, critérios de elegibilidade e instrumentos padronizados dificulta a identificação precoce das necessidades paliativas e prejudica a continuidade do



cuidado (Brasil, 2018; Souza et al, 2024).

A sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos também se destacam, já que as equipes lidam com alta demanda assistencial, o que reduz o tempo disponível para acompanhamento longitudinal e para a realização de visitas domiciliares, ações essenciais no contexto dos cuidados paliativos na atenção primária em saúde (Sartori et al, 2023; Souza et al, 2024).

De acordo com Franco et al (2020), outro desafio são as lacunas no conhecimento dos profissionais da saúde acerca do processo de morte e de luto, sendo necessário incentivar a implementação da educação permanente nos serviços de cuidados paliativos, voltada à educação para a morte, a fim de que eles possam compreender as dimensões desta e proporcionar ao usuário e família melhor assistência no exercício de sua profissão

Por fim, há um importante componente cultural e social, marcado pelo desconhecimento e pela resistência de usuários e familiares, que frequentemente associam cuidados paliativos à “morte iminente” ou à “desistência do tratamento”. Essa percepção, enraizada em preconceitos e na falta de informação, dificulta a adesão e o início precoce das intervenções, atrasando benefícios que poderiam ser proporcionados ao longo de todo o curso da doença (Santana et al, 2024)

Apesar dos desafios enfrentados, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um conjunto significativo de possibilidades para ampliar e qualificar a oferta de cuidados paliativos. Uma delas é o vínculo longitudinal aliado à territorialidade, que permite às equipes conhecerem profundamente a história de vida dos pacientes, favorecendo a identificação precoce das necessidades paliativas e a construção de planos de cuidado compartilhados com usuários e familiares (Starfield, 2002; Côbo et al, 2019; Brasil, 2023).

Outra possibilidade relevante é o fortalecimento das ações interdisciplinares e do trabalho em rede, por meio da articulação com serviços especializados, como as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi), apoio matricial e rede de urgência e emergência. Essa integração contribui para a garantia de um cuidado integral e contínuo, evitando descontinuidades e favorecendo a coordenação entre diferentes níveis de atenção (Brasil, 2023, Zack et al, 2024).

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 3.681, de 14 de dezembro de 2024, atualizou e expandiu as diretrizes nacionais, reafirmando os cuidados paliativos como direito de saúde e elemento fundamental da atenção integral. Essa normativa regulamenta a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, direcionando ações para ampliar o acesso, qualificar profissionais, garantir financiamento adequado e promover a articulação intersetorial. Prevê,



ainda, a implementação dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção — primária, secundária e terciária —, com destaque para o cuidado domiciliar, o acompanhamento longitudinal e a centralidade do usuário e de sua família (BRASIL, 2024).

Segundo Zamarchi et al (2023) o investimento em educação permanente e apoio institucional também se apresenta como estratégia fundamental. Processos contínuos de capacitação, tutoria, preceptoria e supervisão técnica permitem o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e éticas essenciais para o manejo qualificado de usuários em cuidados paliativos. Ao criar espaços de diálogo e cogestão, a EPS se contrapõe à lógica produtivista e burocrática frequentemente imposta pelas gestões, que tende a instrumentalizar o trabalho em saúde e a desumanizar as relações (Santos et al, 2023).

Nesse contexto, a educação permanente em saúde configura-se como um processo de problematização da realidade e de construção coletiva de novos modos de saber e fazer em saúde. Parte da escuta sensível às demandas locais e do reconhecimento das experiências dos sujeitos envolvidos no cuidado. Em vez de impor conteúdos padronizados e alheios ao contexto, a EPS valoriza as vivências, a reflexão compartilhada e o conhecimento situado, reconhecendo a força dos saberes que emergem do cotidiano do trabalho (Brasil, 2007; Zamarchi et al, 2023).

Outra possibilidade de acordo com Melo et al (2024) é que os gestores municipais de saúde reconheçam os cuidados paliativos (CP) como estratégias fundamentais para viabilizar, conduzir e implementar propostas inovadoras de cuidado, fundamentadas nos preceitos protocolares da área. A qualificação da atenção aos usuários dos serviços de saúde depende da implantação eficaz dessas ações, as quais devem envolver de forma integrada trabalhadores, gestores, usuários e familiares.

Por fim, destaca-se a valorização do cuidado domiciliar e do suporte familiar, áreas em que a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui grande capilaridade. A presença regular da equipe nos domicílios contribui para o controle eficaz de sintomas, estimula a autonomia dos pacientes e fortalece o protagonismo da família no processo de cuidado (Brasil, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que, apesar do potencial significativo da Atenção Primária à Saúde (APS) para a efetiva incorporação dos cuidados paliativos (CP), ainda persistem diversos desafios que limitam sua plena implementação. Entre eles, destacam-se a insuficiente formação e capacitação das equipes, a ausência de protocolos claros, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos e as barreiras culturais que dificultam a aceitação e o início precoce



dessas intervenções. Esses entraves impactam diretamente na qualidade do cuidado oferecido, restringindo-o muitas vezes a estágios avançados das doenças e comprometendo a integralidade e humanização da assistência.

Por outro lado, este estudo também apontou importantes possibilidades e estratégias que podem fortalecer a incorporação dos cuidados paliativos na APS. A valorização do vínculo longitudinal e da territorialidade possibilita um olhar mais sensível às necessidades individuais e contextuais dos pacientes, favorecendo a construção de planos de cuidado compartilhados. A articulação interdisciplinar e o trabalho em rede, aliados a políticas públicas atualizadas, como a Portaria GM/MS nº 3.681/2024, ampliam o acesso e qualificam a atenção em todos os níveis do sistema, especialmente por meio do cuidado domiciliar e do acompanhamento contínuo.

Além disso, o investimento em educação permanente, tutoria e supervisão técnica aparece como eixo fundamental para o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e éticas essenciais ao manejo qualificado dos pacientes e ao suporte às suas famílias. A Educação Permanente em Saúde, quando pautada na escuta das demandas locais e no reconhecimento dos saberes cotidianos, pode promover transformações concretas na prática profissional, combatendo a burocratização e valorizando a dimensão humana do cuidado.

Por fim, reforça-se a necessidade de reconhecer os cuidados paliativos como estratégia inovadora e indispensável para a qualificação da atenção na APS, envolvendo de maneira integrada trabalhadores, gestores, usuários e familiares. Somente a partir desse compromisso coletivo será possível garantir um cuidado que respeite a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento crônico ou terminal, consolidando-se como um componente essencial da atenção integral à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção domiciliar – Volume 3: Cuidados paliativos na atenção domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos na atenção domiciliar no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS**. Disponível em:



<<https://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681/2024. **Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em: 14 abr. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484847121>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2018.

- CÔBO, V. de A.; FABBRO, A. L. D.; PARREIRA, A. C. S. P.; PARDI, F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**: São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225 – 235, 2019.

- FRANCO, I.S.M.F.; BATISTA, J.B.V.; FREIRE, M.L.F., et al. Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. **R. pesq. cuid. fundam.** online. p. 703-709, jan./dez, 2020.

- HOFFMANN, M. C. C. L. **Cuidados Paliativos: um desafio para a atenção primária**. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura: Brasília, 2024. Disponível em: <<http://repositorio2.unb.br/handle/10482/51234>> Acesso em: 9 ago. 2025.

- MELO, C.M.; SANGOI, K.M.; KOCHHANN, J.K.; HESLER, L.Z.; FONTANA, R.T. Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, v. 24, n. 277, p. 5833-5839, 2021.

- PEREIRA, L. M. et al. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 149-161, 2022.

- RODRIGUES, L F.; SILVA, J. F. M. da; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 9, 2022.

- SANTANA, T de C.; VIEIRA, G. F.; RODRIGUES, C. de P.; et al. Morte e morrer: análise dos aspectos emocionais e recursos de enfrentamento dos familiares de pacientes em cuidados paliativos. In: **X CONGRESSO BRASILEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS**, 2024, Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2024.com.br/evento/cbcp2024/trabalhosaprovados/naintegra/5528>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

- SANTOS, Â. P. dos. O paradoxo entre a inclusão e a exclusão dos cuidados paliativos no SUS. **Revista Tópicos**, v. 2, n. 12, 2024. ISSN: 2965-6672.



- SANTOS, M. C. L. dos; SOUZA, A. R. N. D. de; ANDERSON, M. I. P. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**: Rio de Janeiro, v.18, n. 45, p.3345, 2023.
- SARTORI, K. P.; OGATA, M. N.; BORGES, F. A.. Percepções dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos. **Rev. bioét.**: Brasília, v. 31, 2023.
- SILVA, A. F.; LEITE, J. L. Cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 23, n. 2, p. 398-408, 2020.
- SOUZA, C. M.; FERREIRA, G. A.; FILHO, J. C. O. de A. Percepções dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária quanto aos cuidados paliativos em um município do sudoeste da Bahia. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**: São José dos Pinhais, v.17, n.5, p. 01-19, 2024.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.
- ZACK, B.T.; TOSO, B. R. G. de O.; KALINKE, L. P.; MACHINESKI, G. G.. Cuidado paliativo na atenção primária à saúde: percepções da equipe sobre a prática interdisciplinar. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**: Santa Cruz do Sul, n.7, v. 2, maio/ago. 2024.
- ZAMARCHI, G. C. G; LEITÃO, B.F.B. Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais de saúde. Brasília: **Rev. Bioét.** v.31, 2023. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/k6bzhBPMKvpZYDYwrfGzY3t/>> Acesso em: 14 abr. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.02>

**O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN E SUA CONTRIBUIÇÃO
PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS**

**EDGAR MORIN'S COMPLEX THOUGHT AND HIS CONTRIBUTION TO
PALLIATIVE CARE**

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

Email: izabelsnogueira@hotmail.com

JOÃO BOSCO FILHO

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

Objetivo: Refletir teoricamente sobre a contribuição do pensamento complexo para os cuidados paliativos, evidenciando sua relevância na compreensão integral do sofrimento humano. **Metodologia:** Trata-se de um artigo de reflexão teórica, fundamentado em revisão de literatura de caráter conceitual e analítico. Foram consultadas obras de Edgar Morin, autores de referência em cuidados paliativos e documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde. **Resultados e Discussão:** A análise evidenciou que o pensamento complexo oferece fundamentos epistemológicos que contribuem para superar a fragmentação do cuidado em saúde, reconhecendo o paciente como sujeito multidimensional. Essa perspectiva dialoga diretamente com os princípios dos cuidados paliativos, que buscam compreender o sofrimento humano de forma integral, acolhendo dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Ao adotar esse olhar, amplia-se a prática clínica, tornando-a mais ética, humanizada e centrada na dignidade do paciente. **Conclusão:** O pensamento complexo constitui uma base teórica relevante para os cuidados paliativos, pois favorece a construção de práticas que respeitam a integralidade do ser humano e oferecem um novo olhar sobre o sofrimento diante da finitude. Sua incorporação no campo da saúde representa não apenas um avanço epistemológico, mas também um compromisso ético com a vida e a dignidade até o fim.

Palavras-chave: Pensamento Complexo; Cuidados Paliativos; Sofrimento Humano; Humanização da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To theoretically reflect on the contribution of complex thinking to palliative care, highlighting its relevance in the integral understanding of human suffering. **Methodology:** This is a theoretical reflection article, based on a conceptual and analytical literature review. Works by Edgar Morin, reference authors in palliative care, and official documents from the World Health Organization were consulted. **Results and Discussion:** The analysis showed



that complex thinking provides epistemological foundations that help overcome the fragmentation of health care, recognizing the patient as a multidimensional subject. This perspective directly aligns with the principles of palliative care, which seek to understand human suffering in an integral way, embracing physical, emotional, social, and spiritual dimensions. By adopting this view, clinical practice is broadened, becoming more ethical, humanized, and dignity-centered. **Conclusion:** Complex thinking represents a relevant theoretical basis for palliative care, as it promotes practices that respect human integrality and offer a new perspective on suffering in the face of finitude. Its incorporation in the health field is not only an epistemological advance but also an ethical commitment to life and dignity until the very end.

Keywords: Complex thinking. Palliative care. Human suffering. Humanization of health.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços da biomedicina permitiram prolongar a expectativa de vida e reduzir a mortalidade por diversas doenças, mas também trouxeram desafios inéditos para o cuidado em saúde, especialmente diante das doenças crônicas, degenerativas e incuráveis. Situações em que a cura não é mais possível exigem estratégias de atenção que transcendam a lógica biomédica tradicional, centrada exclusivamente no tratamento da doença. Nesse contexto, os cuidados paliativos emergem como prática essencial, voltada para a promoção da dignidade, o alívio de sintomas e o acolhimento do sofrimento humano em sua totalidade, considerando não apenas o corpo físico, mas também as dimensões emocional, social e espiritual (OMS, 2020).

A necessidade de uma abordagem mais ampla e integradora se justifica diante das limitações dos modelos fragmentados de atenção em saúde, que frequentemente priorizam a doença em detrimento do sujeito que a vivência. Esses modelos reducionistas podem comprometer a qualidade do cuidado, deixando de reconhecer a complexidade do sofrimento e da experiência de vida dos pacientes e suas famílias. O pensamento complexo, proposto por Edgar Morin, oferece uma base epistemológica e ética para superar essa fragmentação. Ao enfatizar a interdependência das dimensões da realidade, a recursividade, o diálogo entre contrários e a incompletude do conhecimento, a complexidade permite compreender o ser humano de forma integral, abrindo espaço para práticas de cuidado mais humanizadas e contextualizadas (Morin, 2015).

Além disso, a articulação entre pensamento complexo e cuidados paliativos é justificada pela necessidade de repensar a formação e a atuação dos profissionais de saúde. A complexidade convida à reflexão sobre o papel do sofrimento, não apenas como sintoma a ser



eliminado, mas como experiência que pode gerar significado, promover resiliência e fortalecer vínculos. Nesse sentido, os cuidados paliativos deixam de ser apenas uma intervenção técnica e passam a ser uma prática ética, filosófica e relacional, capaz de integrar diferentes saberes e perspectivas em torno do cuidado do paciente e de sua família (Kovács, 2003).

Diante desse cenário, o presente artigo justifica-se pela relevância de investigar teoricamente a intersecção entre pensamento complexo e cuidados paliativos. O objetivo é evidenciar como essa aproximação epistemológica não apenas amplia a compreensão do sofrimento humano, mas também orienta práticas de cuidado mais integradas, humanizadas e sensíveis à singularidade de cada indivíduo, fortalecendo o compromisso da saúde com a dignidade e o bem-estar no final da vida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de reflexão teórica, cuja natureza não é empírica, mas conceitual e crítica. Diferente de pesquisas quantitativas ou qualitativas que envolvem coleta de dados em campo, a reflexão teórica fundamenta-se na análise e articulação de conceitos, buscando ampliar a compreensão de determinado fenômeno por meio do diálogo entre diferentes referenciais teóricos (Morin, 2015; Kovács, 2003). Esse tipo de estudo é particularmente relevante em áreas complexas, como os cuidados paliativos, nas quais a dimensão humana, ética e filosófica exige uma abordagem que vá além da mensuração objetiva de variáveis (Pessini; Bertachini, 2004; Organização Mundial da Saúde, 2020).

O presente trabalho foi elaborado a partir de uma revisão de literatura de caráter conceitual e analítico, com ênfase na sistematização de ideias e na construção de sentidos a partir do diálogo crítico entre diferentes autores. Foram consultadas obras fundamentais de Edgar Morin, que desenvolveu o paradigma da complexidade (Morin, 2014; Morin, 2015), além de referências clássicas e contemporâneas nos campos dos cuidados paliativos e da tanatologia, que tratam do estudo da morte, do morrer e do luto (Kovács, 2003; Zonta et al., 2022). Também foram analisados documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde, que oferecem diretrizes globais sobre a prática paliativa (Organização Mundial da Saúde, 2020).

O método adotado seguiu a lógica da reflexão crítica, o que significa que não se trata apenas de descrever teorias, mas de analisá-las, relacioná-las e confrontá-las, buscando identificar limites, potencialidades e pontos de convergência (Morin, 2015).

Nessa perspectiva, categorias centrais do pensamento complexo — como



interdependência, dialógica, recursividade e incompletude — foram articuladas às práticas de cuidados paliativos, permitindo construir uma análise teórica integradora e não fragmentada (Morin, 2014; Pessini; Bertachini, 2004).

A escolha por esse tipo de abordagem justifica-se pela pertinência de se ampliar a base conceitual que sustenta os cuidados paliativos, fortalecendo a fundamentação epistemológica e ética da prática. Dessa forma, a reflexão teórica aqui desenvolvida contribui não apenas para o campo acadêmico, mas também para a prática profissional, oferecendo subsídios para a construção de um olhar mais complexo, humano e integral sobre o sofrimento humano e a finitude da vida (Kovács, 2003; Morin, 2015; Organização Mundial da Saúde, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O PENSAMENTO COMPLEXO COMO PARADIGMA INTEGRADOR

O pensamento complexo é uma abordagem epistemológica que propõe superar a fragmentação do conhecimento, característica dos paradigmas tradicionais e lineares, e que busca integrar saberes e dimensões diversas da realidade. Morin (2015) ressalta que compreender a complexidade implica “articular o que está separado, compreender o todo sem perder as partes e aceitar a incerteza como constitutiva da vida”. Isso significa que a complexidade não se limita à análise cognitiva de fenômenos, mas envolve também uma dimensão ética e prática, pois exige reconhecer a interdependência entre as dimensões humanas — física, emocional, social, cultural e espiritual — e compreender que qualquer intervenção ou conhecimento parcial deve ser contextualizado dentro de uma rede de relações mais ampla.

No contexto da saúde, o pensamento complexo desafia o paradigma biomédico reducionista, que encara o corpo como máquina e o paciente como mero objeto de intervenção terapêutica. Segundo Pessini e Bertachini (2004), tal visão fragmentada ignora aspectos subjetivos, afetivos e culturais que influenciam diretamente a experiência do adoecimento e do cuidado. Ao adotar uma perspectiva complexa, é possível perceber que o sofrimento humano não é apenas um fenômeno biológico, mas um processo vivido que envolve significados individuais, relações sociais, espiritualidade e contextos culturais, demandando uma abordagem integrada e humanizada.

Além disso, a complexidade permite compreender que os fenômenos de saúde e doença são dinâmicos e interdependentes. Por exemplo, um paciente com doença crônica não experimenta apenas sintomas físicos; suas condições emocionais, relações familiares, crenças



espirituais e contexto social influenciam diretamente a percepção da dor e a adesão ao tratamento. Assim, a prática clínica baseada no pensamento complexo reconhece que cada paciente é único e que a experiência de doença deve ser analisada considerando a totalidade das suas dimensões (Morin, 2015; Pessini; Bertachini, 2004).

Do ponto de vista epistemológico, o paradigma da complexidade oferece ferramentas para integrar diferentes áreas do conhecimento — biomedicina, psicologia, sociologia, filosofia e ética — permitindo construir uma visão mais completa e coerente do cuidado em saúde. Ao mesmo tempo, destaca a incompletude do saber, alertando que qualquer abordagem científica é parcial e deve dialogar continuamente com outras formas de conhecimento e com a experiência do paciente (Morin, 2015).

Em suma, o pensamento complexo funciona como paradigma integrador ao propor uma visão do ser humano que é simultaneamente individual, social e cultural, reconhecendo a interdependência de seus diversos aspectos. Essa perspectiva amplia a compreensão da saúde, da doença e do sofrimento, fornecendo um referencial epistemológico e ético para práticas de cuidado mais humanizadas, como ocorre nos cuidados paliativos.

3.2. CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL

Os cuidados paliativos representam uma abordagem de atenção à saúde que vai além do tratamento curativo, buscando promover qualidade de vida e aliviar o sofrimento de usuários com doenças que ameaçam a continuidade da vida (Organização Mundial da Saúde, 2020). Segundo a OMS (2020), essa assistência deve ser ativa e integral, envolvendo não apenas o controle da dor e de outros sintomas físicos, mas também o cuidado com aspectos emocionais, sociais e espirituais do paciente.

A prática dos cuidados paliativos considera a doença e a finitude não apenas como problemas a serem solucionados, mas como experiências humanas complexas, que exigem atenção à dimensão subjetiva do usuário. Assim, além do manejo clínico, inclui-se a comunicação eficaz, que permite ao indivíduo compreender sua condição, expressar desejos e tomar decisões informadas sobre seu cuidado. A participação da família também é central, garantindo apoio emocional e social e fortalecendo vínculos afetivos em momentos de vulnerabilidade (Kovács, 2003; Pessini; Bertachini, 2004).

Um aspecto distintivo dos cuidados paliativos é o respeito às crenças, valores e espiritualidade do paciente. A OMS (2020) destaca que a espiritualidade é dimensão fundamental para o enfrentamento do sofrimento, sendo reconhecida como fonte de sentido e resiliência. Nesse sentido, a abordagem multidimensional busca compreender o paciente de



forma integral, considerando o entrelaçamento de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Essa perspectiva se aproxima diretamente do pensamento complexo, pois rejeita a lógica curativista como única finalidade da medicina e reconhece a interdependência das dimensões humanas. A integralidade, princípio central dos cuidados paliativos, se manifesta na atenção simultânea às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, refletindo a concepção de saúde como fenômeno multidimensional e interconectado (Morin, 2015; Kovács, 2003).

Além disso, os cuidados paliativos exigem uma prática interdisciplinar, na qual diferentes profissionais da saúde — médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e capelãs — atuam de forma integrada. Essa colaboração permite que o cuidado seja abrangente, atento às particularidades do paciente e adaptado às suas necessidades individuais, concretizando a aplicação prática do paradigma da complexidade no contexto clínico (Pessini; Bertachini, 2004).

Em síntese, os cuidados paliativos constituem uma abordagem multidimensional, ética e humanizada, que valoriza o indivíduo em sua totalidade, promovendo dignidade, sentido e qualidade de vida mesmo diante da terminalidade. Essa visão representa um avanço conceitual significativo em relação ao modelo biomédico tradicional, oferecendo suporte para práticas de cuidado que reconhecem a complexidade da experiência humana.

3.3. SOFRIMENTO HUMANO E COMPLEXIDADE

O sofrimento humano é uma experiência multifacetada, que ultrapassa a simples manifestação de dor física e envolve aspectos emocionais, sociais, culturais e espirituais. Segundo Santos (2019), que cita em seu texto Viktor Frankl, criador da logoterapia e análise existencial, afirma que a força motriz do ser humano é a presença de sentido na vida, que mesmo em situações de dor extrema podem ganhar sentido quando são reconhecidas e acolhidas em sua totalidade, permitindo que o indivíduo encontre propósito e ressignificação diante da adversidade. Essa perspectiva humaniza o cuidado, deslocando o foco exclusivo do controle de sintomas para a compreensão da experiência subjetiva do paciente.

Na lógica do pensamento complexo, proposta por Edgar Morin (2015), o sofrimento não pode ser compreendido como variável isolada ou evento isolado, pois integra um entrelaçamento de dimensões interdependentes da existência. Fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais interagem de maneira dinâmica, influenciando a forma como o indivíduo vivencia a doença, enfrenta a terminalidade e constrói significados sobre



sua própria vida.

Para os profissionais de saúde, essa abordagem exige a reconcepção do paciente: não apenas como alguém em fase terminal, mas como um sujeito integral, inserido em relações sociais, familiares e culturais, com história de vida, valores, crenças e espiritualidade. Reconhecer o paciente nessa totalidade significa compreender que a finitude é uma dimensão natural do ciclo vital, não um fracasso terapêutico. O cuidado, portanto, deve acolher o sofrimento, oferecer suporte emocional e espiritual e promover qualidade de vida até o fim, sem reduzir a experiência humana ao controle exclusivo de sintomas (Kovács, 2003; Pessini; Bertachini, 2004).

Além disso, a compreensão do sofrimento como fenômeno complexo orienta a prática interdisciplinar. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e capelães precisam atuar de forma integrada, considerando as múltiplas dimensões da experiência do paciente e de sua família. Essa integração reflete os princípios da complexidade, como recursividade e interdependência, permitindo que o cuidado seja simultaneamente técnico, ético e humano (Morin, 2015).

Dessa forma, o sofrimento deixa de ser visto apenas como algo a ser eliminado e passa a ser compreendido como parte constitutiva da condição humana, capaz de oferecer oportunidades de ressignificação e de fortalecimento do sentido da vida, mesmo diante da proximidade da morte. Essa perspectiva reforça o caráter humanizador e integral dos cuidados paliativos, alinhando teoria e prática para atender às necessidades globais do paciente (Santos, 2019; Kovács, 2003).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida permite concluir que o pensamento complexo constitui uma base epistemológica robusta para os cuidados paliativos, pois ambos compartilham princípios fundamentais: a valorização da integralidade, da multidimensionalidade e da dignidade humana. Ao articular esses referenciais, é possível superar a fragmentação do conhecimento e do cuidado, promovendo uma abordagem que considera simultaneamente as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano.

Essa integração epistemológica oferece novo olhar sobre o sofrimento, compreendendo-o não apenas como fenômeno físico ou psicológico isolado, mas como experiência complexa, dinâmica e relacional, permeada por significados, valores e vínculos afetivos. Tal perspectiva reforça a compreensão do paciente como sujeito integral, inserido



em múltiplos contextos, cujas necessidades e experiências demandam atenção ética e humanizadora.

Na prática em saúde, a articulação entre complexidade e cuidados paliativos fortalece o cuidado como ação ética e humana, permitindo oferecer atenção integral mesmo diante da finitude. O profissional de saúde, ao reconhecer a singularidade do paciente, atua de forma interdisciplinar, equilibrando competência técnica, acolhimento afetivo e respeito às dimensões espirituais e culturais, promovendo dignidade e qualidade de vida até os últimos momentos.

Portanto, o encontro entre pensamento complexo e cuidados paliativos não representa apenas uma mudança de paradigma, mas expressa um compromisso ético e humano com a vida e com a dignidade, reforçando a centralidade do cuidado integral como prática indispensável diante da morte e do sofrimento. Essa integração epistemológica e prática demonstra que ciência, ética e humanidade podem convergir para oferecer uma atenção à saúde mais sensível, completa e transformadora.

REFERÊNCIAS

SANTOS, David Moises Barreto dos. Educação para sentido na vida e valores: percepção de universitários a partir do livro “Em busca de sentido”, de Viktor Frankl. Brasília: **Rev. bras. Estud. pedagog.**, v. 100, n. 254, p. 230-251, jan./abr. 2019.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 22. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 30 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2020.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: **Loyola**, 2004.

ZONTA, Bernardo Martins; FERREIRA, Danton Capistrano et al. Tanatologia: uma revisão bibliográfica. Curitiba: **Revista Foco**, v.15, n.2, p.01-22, 2022.



CAPÍTULO 03

DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.03>

AURICULOTERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NO CUIDADO COMPLEMENTAR À PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROSPECÇÃO CLÍNICA INTEGRATIVA BASEADA EM ESTUDO DE CASO

AURICULOTHERAPY AS A COMPLEMENTARY THERAPY IN COMPLEMENTARY CARE FOR PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: AN INTEGRATIVE CLINICAL PROSPECTUS BASED ON A CASE STUDY

NAIRON LIMA DE SOUSA

Graduando em Farmácia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).
2022010049@unicatolicaquixada.edu.br

FRANCISCO ARI OLIVEIRA DIAS

Graduando em Farmácia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

ALEX MATEUS PEREIRA

Graduando em Medicina/ Centro Universitário Estácio do Ceará, Quixadá-CE

ERMESON MAIA EVANGELISTA

Graduando em Farmácia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

LUCIANA BARBOSA TEIXEIRA

Graduando em Enfermagem/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

WENIA KYRLA FELICIO BESERRA

Graduanda em Farmácia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

ANA VITÓRIA TÁVORA AQUINO

Graduanda em Farmácia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

ANA SUELEN ALVES DOS SANTOS

Farmacêutica pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Farmacêutico pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

RANIERI SALES DE SOUZA SANTOS

Mestre em Farmacologia/ Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

RESUMO

Objetivo: O presente estudo visa relatar os efeitos da auriculoterapia como cuidado complementar em paciente com HAS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, descritivo, retrospectivo e de abordagem quali-quantitativa, realizado com uma paciente hipertensa há 25 anos. As intervenções consistiram em oito sessões semanais de auriculoterapia, aplicadas entre abril e junho de 2025, na Farmácia Universitária Irmã Dulce, em Quixadá-CE. A pesquisa integra o Programa de Iniciação Científica (PIC) da UniCatólica e foi aprovada pelo Comitê de



Ética sob parecer nº 7.416.284. A avaliação da eficácia incluiu aferições da pressão arterial e questionários semiestruturados, com dados qualitativos complementados por entrevistas. A participante, de 48 anos, também possui fibromialgia, diabetes e artrose, sendo usuária contínua de antihipertensivos. **Resultados e Discussão:** A experiência clínica apresentada neste estudo de caso demonstra o impacto positivo da auriculoterapia como prática complementar no cuidado de uma paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A técnica favoreceu melhorias em aspectos físicos, como fadiga e dor, além de contribuir para o equilíbrio emocional, redução do estresse e melhora do sono. Também promoveu maior adesão ao tratamento medicamentoso e benefícios na esfera social e comportamental. Esses resultados evidenciam o potencial da auriculoterapia como recurso integrativo no manejo da HAS, embora mais estudos clínicos sejam necessários para ampliar a validade científica dessa abordagem. **Considerações Finais:** Os resultados deste estudo de caso indicam que a auriculoterapia pode auxiliar na redução da pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de uma estratégia complementar viável para os serviços públicos de saúde, especialmente em populações vulneráveis. Contudo, são necessários novos estudos para comprovar sua eficácia científica e consolidar seu uso como prática integrativa no cuidado à hipertensão.

Palavras-chave: Auriculoterapia; Hipertensão Arterial Sistêmica; Medida Terapêutica.

ABSTRACT

Objective: This study aims to report the effects of auriculotherapy as complementary care in patients with hypertension. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective, qualitative-quantitative case study conducted with a patient with hypertension for 25 years. The interventions consisted of eight weekly auriculotherapy sessions, administered between April and June 2025, at the Irmã Dulce University Pharmacy in Quixadá, Ceará. The research is part of the Scientific Initiation Program (PIC) at UniCatólica and was approved by the Ethics Committee under opinion number 7,416,284. The efficacy assessment included blood pressure measurements and semi-structured questionnaires, with qualitative data supplemented by interviews. The 48-year-old participant also has fibromyalgia, diabetes, and osteoarthritis and is a continuous user of antihypertensive medications. **Results and Discussion:** The clinical experience presented in this case study demonstrates the positive impact of auriculotherapy as a complementary practice in the care of a patient with systemic arterial hypertension (SAH). The technique favored improvements in physical aspects, such as fatigue and pain, in addition to contributing to emotional balance, stress reduction, and improved sleep. It also promoted greater adherence to medication treatment and social and behavioral benefits. These results highlight the potential of auriculotherapy as an integrative resource in the management of hypertension, although further clinical studies are needed to broaden the scientific validity of this approach. **Final Considerations:** The results of this case study indicate that auriculotherapy can help reduce blood pressure in patients with systemic arterial hypertension. It is a viable complementary strategy for public health services, especially in vulnerable populations. However, further studies are needed to demonstrate its scientific efficacy and consolidate its use as an integrative practice in hypertension care.

Keywords: Auriculotherapy; Systemic Arterial Hypertension; Therapeutic Measure.

1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), ou Terapias Alternativas,



representam abordagens alternativas de cuidado em saúde, oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando as opções preventivas e terapêuticas para garantir a integralidade da atenção à saúde. Em 2006, pela Portaria Ministerial nº 971 e pela Portaria Ministerial Complementar, nº 1.600, de 17 de julho de 2006, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, com o objetivo de atender às diretrizes e recomendações estabelecidas em diversas conferências de saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em complementar e fortalecer as terapias existentes. A implementação dessa política é fundamentada em justificativas políticas, técnicas, econômicas, sociais e culturais (Brasil, 2024).

Inspiradas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), essas terapias têm como foco a prevenção de doenças e a promoção, manutenção e recuperação da saúde, seguindo um modelo de atenção que valoriza a humanização, a abordagem holística e a integralidade do indivíduo. As terapias alternativas, como acupuntura, auriculoterapia e homeopatia, envolvem práticas que visam estimular os processos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde, utilizando abordagens seguras e eficazes. Elas se destacam pela ênfase na escuta acolhedora, no fortalecimento do vínculo terapêutico e na conexão do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Além disso, essas terapias promovem o cuidado humano, com um foco especial no incentivo ao autocuidado, valorizando o bem-estar integral do indivíduo (Sousa et al, 2025).

A hipertensão arterial representa uma preocupação crítica de saúde pública em nível global, devido à sua alta prevalência. É considerada a principal causa de doenças cerebrovasculares e um importante fator de risco para diversas enfermidades, contribuindo significativamente para a carga global de doenças. Além disso, o envelhecimento do sistema cardiovascular está diretamente associado ao aumento da morbidade e mortalidade relacionadas à hipertensão (Yeh *et al.*, 2015).. A hipertensão pode ser controlada por meio de abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Entre as estratégias não farmacológicas, destaca-se a estimulação de pontos auriculares, que tem se mostrado uma alternativa promissora no auxílio ao controle da pressão arterial (Sousa *et al.*, 2025).

A auriculoterapia pode induzir estímulos aferentes por meio do nervo vago, os quais são conduzidos até o núcleo do trato solitário (NTS), estrutura central envolvida na integração dos reflexos autonômicos e na regulação das funções do sistema nervoso autônomo. A estimulação de pontos auriculares relacionados à hipertensão arterial, como os pontos cardíacos e secundários, relacionados e voltados a MTC, tem sido empregados como uma abordagem complementar no tratamento da hipertensão, destacando-se como uma alternativa promissora na modulação da pressão arterial e no cuidado integrativo a essa condição (Hachul, 2023).



Nesse contexto, o presente estudo se objetiva em apresentar e analisar os efeitos da auriculoterapia como estratégia inovadora de cuidado complementar em uma paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por meio de uma prospecção clínica integrativa baseada em estudo de caso, evidenciando sua aplicabilidade, benefícios terapêuticos e contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo, retrospectivo e de abordagem qualitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 7.416.284, atendendo aos princípios éticos exigidos para estudos envolvendo seres humanos. Este estudo é fruto do Programa de Iniciação Científica (PIC) da UniCatólica.

O estudo de caso consiste na realização de oito atendimentos de auriculoterapia em uma paciente com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 25 anos. A eficácia das intervenções foi avaliada por meio de testes aplicados antes e após cada sessão. As atividades foram desenvolvidas no município de Quixadá, na Farmácia Universitária Irmã Dulce, vinculada ao Centro Universitário Católica de Quixadá (UniCatólica).

A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio da aferição da pressão arterial (PA) e da aplicação de questionários estruturados. Já os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, permitindo uma análise mais abrangente dos efeitos terapêuticos da auriculoterapia. A paciente concordou em participar voluntariamente da pesquisa, formalizando sua autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A participante é uma mulher de 48 anos, além de hipertensa, apresenta como comorbidades fibromialgia, diabetes mellitus e artrose. Para o controle da HAS, faz uso contínuo de terapia medicamentosa, incluindo Losartana, Anlodipino e Atenolol.

As intervenções ocorreram semanalmente ao longo de oito semanas consecutivas, no período de 23 de abril a 9 de junho de 2025. Em todos os atendimentos, foram realizadas aferições da pressão arterial antes e após a aplicação da auriculoterapia, bem como o registro detalhado de cada intervenção, fornecendo dados cruciais para a análise da eficácia da técnica terapêutica.



Figura 1 - Materiais utilizados nos atendimentos (agulhas e pontos auriculares).



Fonte: Google Imagens (2025).

Figura 2 - Local de realização dos atendimentos de PICS (farmácia escola Irmã Dulce, UNICATÓLICA).



Fonte: blog institucional da Unicatólica (2017).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência clínica apresentada neste estudo de caso evidencia o impacto positivo da auriculoterapia como estratégia complementar no cuidado de uma paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerando múltiplas dimensões do bem-estar físico, emocional e funcional.

Tabela 1 – Pontos auriculares utilizados e seus objetivos terapêuticos.

Ponto Auricular	Objetivo Terapêutico
She men	Redução da ansiedade, estresse e equilíbrio emocional.
Rim	Fortalecimento da energia vital e controle da exaustão.
SNV	Regulação autônoma (simpático e parassimpático).



Coração	Regulação da pressão arterial e funções cardíacas.
Fígado	Auxilia na desintoxicação, regula a raiva e emoções reprimidas.
Hipotensor	Específico para redução da pressão arterial elevada.
Redutor da pressão	Atua diretamente na normalização da pressão arterial sistêmica.
Coração 2	Estímulo complementar ao ponto Coração, atua sobre a função cardíaca e equilíbrio afetivo.
Cérebro	Estabilização da atividade cortical, relaxamento profundo, melhora do sono e controle da dor.
Yintang (acupuntura)	Redução do estresse e da ansiedade, fatores diretamente relacionados à elevação da pressão arterial.

Fonte: próprio autor (2025).

Durante os atendimentos semanais e na entrevista final, a paciente relatou melhoras significativas no controle do estresse, apontando que antes do tratamento vivia “muito estressada” e que, após as sessões, passou a se sentir “muito tranquila”. Esse relato sugere uma importante regulação do eixo estresse-sistema nervoso autônomo, o que é condizente com achados da literatura que associam a auriculoterapia à modulação parassimpática e redução da resposta ao estresse (Yeh *et al.*, 2015).

No que se refere aos sintomas físicos, a paciente apontou melhora no cansaço, sensação de peso e arrocho torácico associados à HAS. Além disso, relatou melhora no sono e redução das crises de dor relacionadas à fibromialgia (Sousa *et al.*, 2025). A literatura já reconhece os benefícios da auriculoterapia na melhora da qualidade do sono e redução de sintomas dolorosos, em especial por sua atuação sobre pontos específicos que promovem analgesia e equilíbrio energético (Zhao *et al.*, 2020).

Em relação aos efeitos adversos, a paciente relatou leve desconforto na aplicação dos pontos e sensibilidade aumentada em uma das sessões, que cessou espontaneamente em três dias. Esses efeitos são considerados comuns e transitórios, compatíveis com a técnica, e não comprometeram a continuidade do tratamento.

No aspecto comportamental e medicamentoso, houve um relato de adesão mais regular ao tratamento farmacológico após a intervenção com auriculoterapia. A paciente mencionou ter deixado de tomar os medicamentos anteriormente por desmotivação, mas passou a mantê-los regularmente após o início das sessões, indicando uma possível melhora na consciência corporal e no autocuidado, mesmo que não diretamente motivada pela técnica (Nguyen *et al.*,



2020)

No domínio emocional e social, observou-se uma transformação positiva no humor e nas interações sociais. A paciente afirmou que antes se sentia triste, isolada e calada, mas passou a se sentir “alegre”, comunicativa e mais integrada ao convívio com outras pessoas. Essa percepção vai ao encontro de estudos que apontam a auriculoterapia como coadjuvante no manejo de quadros depressivos leves e estados de ansiedade (Zhao *et al.*, 2020).

Esses achados reforçam a importância da auriculoterapia como ferramenta de cuidado complementar na HAS, não apenas como uma intervenção fisiológica, mas como promotora de bem-estar holístico. No entanto, como trata-se de um estudo de caso, reconhece-se a limitação quanto à generalização dos resultados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo de caso demonstraram que a auriculoterapia pode contribuir de forma eficaz para a redução da pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esses achados indicam que a técnica representa um recurso complementar promissor, especialmente em contextos de atenção básica à saúde, podendo ser incorporada nos serviços públicos como estratégia acessível de promoção do bem-estar, principalmente entre populações em situação de vulnerabilidade. No entanto, ressalta-se a necessidade de novos estudos com maior rigor metodológico, a fim de fortalecer as evidências científicas acerca da eficácia e segurança da auriculoterapia no manejo da HAS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. Acesso em: 19 mar. 2025.

NGUYEN, Thi Mai; LEE, D. Y.; WU, H. M.; HSIEH, C. L. Auricular acupuncture to lower blood pressure involves the adrenal gland in spontaneously hypertensive rats. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2020, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/3720184>. PMID: 33273952; PMCID: PMC7695492. Disponível em: Acesso em: 09 jul. 2025.

SOUSA, N. L. de; DIAS, F. A. O.; AQUINO, A. V. T.; PEREIRA, A. M.; SANTOS, R. S. de S. Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: reflexões sobre o impacto na formação acadêmica e assistência ao paciente. *Revista Expressão Católica*, [S. l.], v. 13, n. Especial, p. 50–54, 2025. DOI: <https://doi.org/10.25190/rec.v13iEspecial.1448>. Disponível em: <http://publicacoes.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/rec/article/view/1448>.



Acesso em: 9 jul. 2025.

SOUSA, N. L. de; SILVA, R. O. da; ARAÚJO, M. L. M. O.; OLIVEIRA, C. P. de A.; SANTOS, R. S. de S. Extensão em saúde: assistência à população com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). *Revista Expressão Católica*, [S. l.], v. 13, n. Especial, p. 212–219, 2025. DOI: <https://doi.org/10.25190/rec.v13iEspecial.1480>. Disponível em: <http://publicacoes.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/rec/article/view/1480>. Acesso em: 9 jul. 2025.

YEH, M. L. et al. A randomized controlled trial of auricular acupressure in heart rate variability and quality of life for hypertension. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 23, n. 2, p. 200–209, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.01.005>. PMID: 25847557. Disponível em: Acesso em: 09 jul. 2025.

ZHAO, Z. H. et al. Auricular acupressure in patients with hypertension and insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2020, p. 1–10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/7279486>. PMID: 32655667; PMCID: PMC7317612. Disponível em: Acesso em: 09 jul. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.04>

**DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CUIDADO PALIATIVO: CONTRIBUIÇÕES PARA O
SUPORTE MULTIDISCIPLINAR**

**SPIRITUAL DIMENSION IN PALLIATIVE CARE: CONTRIBUTIONS TO
MULTIDISCIPLINARY SUPPORT**

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Mestra em Psicologia do Trabalho e das Organizações
karinacruz_rn@yahoo.com.br

ROBERTA MACHADO ALVES

Mestra em Saúde Coletiva

MARIA DO CÉU BEZERRA PEREIRA

Especialista em Práticas Integrativas

LARA THUANNY MELO MONTENEGRO

Especializanda em Saúde Mental

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

RESUMO

Objetivo: O presente estudo busca descrever a importância da espiritualidade em pacientes em cuidados paliativos, bem como a relevância do suporte profissional qualificado nesse contexto.

Metodologia: trata-se de uma revisão de literatura, realizada em abril de 2025, a partir da busca livre nos repositórios SciELO, PubMed e Periódicos CAPES, utilizando os descritores (DeCS/MeSH): “Cuidados Paliativos e Suporte Profissional”, “Espiritualidade e Finitude” e “Finitude e Apoio Profissional”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram inicialmente recuperadas 78 publicações, das quais 56 foram selecionadas para análise de títulos e resumos. Após exclusão de artigos não pertinentes ou de acesso restrito, 22 publicações compuseram a amostra final para leitura integral.

Resultados e Discussão: Os resultados evidenciam que, em situações de doenças graves e degenerativas que demandam cuidados paliativos, a espiritualidade se apresenta como recurso essencial para o enfrentamento, contribuindo para o alívio de sintomas psicossociais, conforto físico e emocional, preservação da dignidade e promoção do bem-estar. **Considerações finais:** O paliativismo constitui uma abordagem voltada à melhoria da qualidade de vida de pessoas sob diagnóstico de doenças que ameaçam a finitude da vida. Trata-se de um processo complexo e conflituoso, que, embora acompanhado por uma equipe multiprofissional de saúde, demanda aceitação, força interior, equilíbrio e compreensão diante do prognóstico. O apoio de profissionais qualificados favorece a comunicação, reduz o sofrimento e qualifica o tempo de vida remanescente.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Suporte Profissional.



ABSTRACT

Objective: This study seeks to describe the importance of spirituality in patients undergoing palliative care, as well as the relevance of qualified professional support in this context. **Methodology:** This is a literature review conducted in April 2025, based on a free search in the SciELO, PubMed, and CAPES Journals repositories, using the descriptors (DeCS/MeSH): "Palliative Care and Professional Support," "Spirituality and Finitude," and "Finitude and Professional Support," in Portuguese, English, and Spanish. Seventy-eight publications were initially retrieved, of which 56 were selected for title and abstract analysis. After excluding irrelevant or restricted-access articles, 22 publications comprised the final sample for full reading. **Results and Discussion:** The results show that, in situations of serious and degenerative diseases that require palliative care, spirituality is an essential resource for coping, contributing to the relief of psychosocial symptoms, physical and emotional comfort, preservation of dignity, and promotion of well-being. **Final Considerations:** Palliative care is an approach aimed at improving the quality of life of people diagnosed with life-threatening illnesses. It is a complex and conflictual process that, although monitored by a multidisciplinary healthcare team, requires acceptance, inner strength, balance, and understanding of the prognosis. The support of qualified professionals promotes communication, reduces suffering, and improves the remaining life span.

Keywords: Spirituality; Palliative Care; Professional Support.

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos visam à melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida, oferecendo prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, em benefício também das famílias. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017) destaca a espiritualidade como componente essencial do cuidado paliativo integral e centrado na pessoa, capaz de promover dignidade, conforto e bem-estar emocional.

A experiência da finitude mobiliza preocupações existenciais, como o sentido da vida, medo da morte, perda e culpa, que possuem dimensão espiritual significativa para muitos pacientes. Kübler-Ross (1996) descreveu que esses sentimentos podem estar associados a vivências, memórias ou práticas espirituais, indicando que o enfrentamento do processo de morte depende, em grande medida, da integração da espiritualidade ao cuidado clínico.

Para Assis (2012), a espiritualidade, enquanto expressão do sagrado e busca de sentido, sempre se manifestou nas relações humanas, conferindo significado à vida, aos rituais, valores e crenças, sendo fonte frequente de conforto espiritual e satisfação emocional. A compreensão dessas dimensões é fundamental para que a equipe multiprofissional desenvolva estratégias que promovam alívio de sofrimento e respeitem a subjetividade do paciente.

O suporte profissional qualificado representa um elemento central nos cuidados paliativos, pois assegura assistência efetiva, humanizada e multidimensional, contemplando os



aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente e de seus familiares. A atuação da equipe multiprofissional—médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros—é fundamental para o alívio de sintomas complexos, a tomada de decisões compartilhada, a comunicação sensível e a educação em saúde (Côbo, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) destacam que a capacitação contínua e a formação especializada são necessárias para garantir a qualidade dos cuidados paliativos ofertados, além de favorecer a integração efetiva da equipe ao sistema de saúde. Essa qualificação profissional contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, promove dignidade no processo de terminalidade e reduz a sobrecarga emocional das famílias e dos cuidadores, fortalecendo o cuidado como uma experiência compartilhada e respeitosa (ANCP, 2019)

Diante de tudo o que foi exposto, o presente estudo busca descrever a importância da espiritualidade em pacientes em cuidados paliativos, bem como a relevância do suporte profissional qualificado nesse contexto.

2. METODOLOGIA

Esta revisão narrativa da literatura foi realizada em abril de 2025, com busca nas bases SciELO, PubMed e Periódicos CAPES, utilizando os descritores DeCS/MeSH em português, inglês e espanhol: “Cuidados Paliativos e Suporte Profissional”, “Espiritualidade e Finitude” e “Finitude e Apoio Profissional”.

Foram recuperadas 78 publicações; 56 artigos foram selecionados para análise de títulos e resumos, sendo 34 excluídos por não atenderem aos critérios de pertinência. Trabalhos de acesso restrito ou incompletos também foram excluídos, resultando em 22 publicações para leitura integral.

A síntese resultante formou a base deste capítulo, permitindo análise sobre conceitos, instrumentos, intervenções e práticas multiprofissionais relacionadas à dimensão espiritual em cuidados paliativos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidenciou que a espiritualidade exerce papel central no cuidado de pacientes em situação de finitude, contribuindo para o alívio de sofrimento existencial, fortalecimento de sentido, conforto emocional e preservação da dignidade. Estudos apontam que pacientes que recebem atenção à dimensão espiritual relatam maior esperança, melhor



ajustamento emocional e percepção de qualidade de vida, além de menor ansiedade diante da morte (Gijsberts et al., 2019; Quinn, 2023).

Ferramentas de avaliação espiritual, como FICA, HOPE e FACIT-Sp, permitem identificar necessidades, crenças, práticas e fontes de esperança, fornecendo subsídios para intervenções personalizadas. O FICA avalia fé, importância, comunidade e como abordar a espiritualidade no cuidado, sendo de fácil aplicação e registro no prontuário (Puchalski, 2014). O HOPE explora fontes de esperança, papel da religião organizada e práticas pessoais, auxiliando na identificação de recursos e desafios espirituais (Batista et al., 2022). O FACIT-Sp é uma escala validada que mensura bem-estar espiritual e sentido, útil em pesquisas e avaliação de intervenções (Quinn, 2023).

Intervenções psicoterapêuticas, como Dignity Therapy e Meaning-Centered Therapy, demonstram impacto positivo no sentido de vida, na esperança, na percepção de legado e na qualidade de vida. Técnicas de reminiscência ou life-review também promovem integração narrativa e fortalecimento da identidade pessoal. Intervenções realizadas por enfermeiros e assistentes sociais, como presença terapêutica, escuta ativa, facilitação de rituais, apoio a familiares e articulação de redes comunitárias, são essenciais para complementar o cuidado espiritual e garantir que práticas respeitem crenças individuais.

Barreiras para implementação incluem falta de capacitação, escassez de tempo clínico e ausência de protocolos estruturados. Facilitadores incluem treinamento interprofissional, registro sistematizado das preferências espirituais, integração ao prontuário e articulação com capelania ou redes comunitárias (WHO, 2017). A literatura reforça que o suporte multiprofissional fortalece a comunicação, reduz sofrimento, apoia decisões alinhadas aos valores do paciente e qualifica o tempo de vida remanescente.

No cuidado paliativo, a atuação multiprofissional é fundamental para atender às demandas espirituais dos pacientes. Os psicólogos desempenham papel central na avaliação do sofrimento existencial, oferecendo intervenções que promovem sentido, esperança e enfrentamento do processo de finitude, além de apoiar familiares no manejo do luto e na tomada de decisões alinhadas aos valores do paciente. Os enfermeiros, por sua vez, estabelecem presença terapêutica contínua, praticam escuta ativa e facilitam rituais ou práticas de conforto espiritual, garantindo que as preferências individuais sejam registradas e respeitadas ao longo do cuidado. Paralelamente, os assistentes sociais contribuem articulando redes de apoio, orientando familiares e mediando possíveis conflitos relacionados a crenças e valores, assegurando que as decisões e práticas espirituais estejam integradas ao contexto biopsicossocial do paciente.



É essencial que todos os profissionais respeitem a diversidade de crenças, evitem a imposição de valores pessoais e promovam consentimento informado em todas as intervenções. Quando necessário, encaminhamentos para capelania ou especialistas em espiritualidade devem ser realizados, garantindo que o cuidado espiritual seja ético, seguro e centrado na pessoa.

Sugere-se protocolo mínimo para integração da espiritualidade: triagem inicial (FICA ou HOPE), registro de preferências espirituais, intervenção breve com presença terapêutica e facilitação de rituais, encaminhamento a psicólogo para sofrimento persistente, suporte familiar pelo serviço social e reavaliação periódica do cuidado. Essa abordagem promove cuidado ético, centrado na pessoa e humanizado, respeitando diversidade de crenças e fortalecendo qualidade de vida e dignidade no final de vida.

Além das práticas mencionadas, a espiritualidade no cuidado paliativo não pode ser reduzida a uma intervenção isolada ou pontual. Trata-se de uma dimensão transversal que atravessa todas as fases do acompanhamento paliativo, desde o diagnóstico até o luto da família após o falecimento. Segundo Balboni et al. (2017), a espiritualidade, quando acolhida de forma respeitosa e estruturada, é capaz de transformar a vivência da terminalidade, promovendo um espaço de reconciliação, aceitação e elaboração subjetiva da morte.

A literatura também aponta para o impacto positivo da espiritualidade na tomada de decisão compartilhada, especialmente em situações clínicas complexas. Quando os valores espirituais do paciente são conhecidos pela equipe, decisões como recusa de tratamentos invasivos, opções de local de morte (hospital, domicílio, unidade de cuidados paliativos), uso de sedação paliativa ou limitação de suporte de vida, podem ser feitas de forma mais alinhada às convicções do paciente (Silveira et al., 2021). Isso evita condutas que prolonguem o sofrimento ou desrespeitem crenças fundamentais, o que pode repercutir em maior tranquilidade e paz para o paciente e seus entes queridos.

Outro aspecto relevante refere-se à espiritualidade dos próprios profissionais de saúde. Muitos profissionais relatam que o contato contínuo com o sofrimento e a morte pode gerar desgaste emocional, sofrimento moral e síndrome de burnout. No entanto, profissionais que desenvolvem uma espiritualidade pessoal ativa ou que contam com espaços institucionais para expressão de sua fé ou reflexão existencial, demonstram maior resiliência, empatia e capacidade de escuta (Assis, 2012). Assim, promover o cuidado espiritual também para os profissionais pode ser uma estratégia institucional de cuidado integral e promoção de saúde mental.

A formação acadêmica, por sua vez, ainda apresenta lacunas significativas quanto à preparação para lidar com a espiritualidade em contextos clínicos. Embora diretrizes nacionais de currículos em saúde recomendem abordagem humanística e centrada na pessoa, poucos



curso de graduação incluem disciplinas específicas sobre espiritualidade e cuidados paliativos. Isso reforça a importância de formações continuadas, workshops e capacitações específicas sobre ferramentas de avaliação espiritual, comunicação compassiva e manejo do sofrimento existencial (CAPC, 2025).

Ademais, é importante considerar que o Brasil é um país com ampla diversidade religiosa e cultural, o que exige da equipe multiprofissional uma postura de abertura, escuta e competência cultural. Práticas como o uso de objetos religiosos (terços, imagens, livros sagrados), realização de orações, cantos ou rituais de despedida devem ser valorizadas sempre que solicitadas pelos pacientes ou familiares, desde que não comprometam a segurança ou o funcionamento institucional. A negligência com essas expressões pode ser vivenciada como forma de desumanização, agravando sofrimento e gerando conflitos éticos.

Nesse sentido, o cuidado espiritual não deve ser confundido com proselitismo religioso. O objetivo não é convencer o paciente a adotar determinada crença, mas acolher sua subjetividade, respeitar suas experiências, valores e dar espaço para que ele expresse dúvidas, angústias, medos ou esperanças. Como destaca Puchalski (2014), espiritualidade é um campo de escuta sensível, não de convencimento. A atuação ética exige discernimento, formação e supervisão constante, especialmente em contextos de grande vulnerabilidade emocional.

Com relação às intervenções práticas, a Dignity Therapy, desenvolvida por Harvey Chochinov, tem sido amplamente estudada e aplicada em cuidados paliativos. Essa intervenção, breve e estruturada, visa recuperar elementos que conferem dignidade ao paciente, como conquistas, relações significativas, legados e memórias. Pacientes submetidos à Dignity Therapy relatam maior senso de propósito, valorização da vida e alívio do medo da morte (Chin et al., 2020).

Já a Meaning-Centered Therapy, proposta por Breitbart et al. (2012), fundamenta-se na Logoterapia de Viktor Frankl, enfatizando a busca de sentido como fator protetivo contra o desespero existencial. Por meio de encontros individuais ou em grupo, os pacientes são estimulados a refletir sobre o que ainda dá sentido à sua existência, mesmo diante da doença terminal. Ambas as abordagens são aplicáveis por psicólogos ou profissionais capacitados, com respaldo empírico consistente.

Por fim, o acompanhamento espiritual pode se estender para o período do luto, oferecendo suporte à família no processo de elaboração da perda. Assistentes sociais e psicólogos têm papel fundamental na organização de grupos de apoio ao luto, nos quais familiares podem compartilhar experiências, resignificar a ausência e fortalecer redes sociais.



A presença de líderes espirituais ou representantes de diferentes tradições religiosas pode enriquecer esse processo, desde que conduzido com respeito à pluralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura permite concluir que a espiritualidade constitui dimensão indispensável do cuidado paliativo, atuando como mediadora do sofrimento existencial e fortalecendo o sentido de vida, a esperança e a dignidade dos pacientes em fase de finitude. Evidenciou-se que ferramentas de avaliação espiritual, como FICA, HOPE e FACIT-Sp, além de intervenções psicoterapêuticas e práticas multiprofissionais, possibilitam integrar a dimensão espiritual ao plano terapêutico de maneira sistematizada, ética e centrada na pessoa.

Diante da pluralidade cultural e religiosa do Brasil, o cuidado espiritual deve ser conduzido com sensibilidade ética, evitando imposições e respeitando as escolhas individuais. Ao reconhecer a espiritualidade como elemento transversal e contínuo do processo de cuidado, desde o diagnóstico até o luto, promove-se uma assistência verdadeiramente integral e humanizada. Assim, integrar a dimensão espiritual nos cuidados paliativos representa não apenas um avanço técnico e científico, mas também um compromisso ético com a dignidade humana no fim da vida.

A atuação articulada de psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais garante cuidado integrado, ético e centrado na pessoa. Incorporar a dimensão espiritual no cuidado paliativo é investir em humanização, qualidade de vida e experiência de finitude mais digna, respeitando singularidade, valores e crenças individuais.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. Pelotas: ANCP; UFPel, [s.d.].2019 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf>. Acesso em: 19 set. 2025.

ASSIS, M. Espiritualidade e saúde: um diálogo possível. São Paulo: **Paulus**, 2012.

BATISTA, V. M. et al. Spiritual care provided by the nursing team to the person in palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben>. Acesso em: 15 set. 2025.

CAPC — CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. **Spiritual Care — Tools and Resources**. 2025. Disponível em: <https://www.capc.org/toolkits/spiritual-care/>. Acesso em: 15 set. 2025.

CÔBO, V. A. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e**



Profissão, Brasília, v. 39, n. spe, p. 155-167, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000500155> Acesso em: 20 set. 2025.

GIJSBERTS, M. J. H. E. et al. Spiritual care in palliative care: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 33, n. 9, p. 1068–1081, 2019.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: **Martins Fontes**, 1996.

PUCHALSKI, C. M. The FICA Spiritual History Tool #274. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 1, p. 105–106, 2014.

QUINN, B. Spirituality in palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, p. 1–6, 2023.

WHO — WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 15 set. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.05>

**A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM
ÂMBITO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**THE IMPORTANCE OF IDENTIFYING GERIATRIC DEPRESSION IN LONG-TERM
CARE INSTITUTIONS**

ISABELLY IMACULADA DIÓGENES GIRÃO

Discente de enfermagem
isabellygirao25@gmail.com

JAQUELINE FREIRES DA ROCHA

Discente de enfermagem

JOABE DA COSTA BARBOSA

Discente de enfermagem

JOSÉ WAGNER DE QUEIROS

Discente de enfermagem

LAURA HILARI ARAÚJO BRAGA

Discente de enfermagem

ROSANIA MARIA ROSA DE SOUSA

Discente de enfermagem

SAMIRA ALENCAR SILVA

Discente de enfermagem

THAIS HELENA OLIVEIRA COSTA VIEIRA

Discente de enfermagem

FRANCISCO WAGNER DE SOUSA PAULA

Doutor em Educação (PPG/UECE);
Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do
Ceará (UECE);
Especialista em Gestão Escolar Integrada e Práticas Pedagógicas (UCAM);
Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
Titulação ou vínculo institucional



RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os indícios da depressão geriátrica desenvolvida nos idosos de instituição de longa permanência e apresentar formas de prevenção. **METODOLOGIA:** Desenvolveu-se o preenchimento de um questionário, com quinze perguntas, aplicado, individualmente, a cada idosa, que constituiu a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para verificar o nível desse transtorno entre o grupo controle. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir do desdobramento do presente estudo, tornou-se possível a percepção de diversos níveis em relação a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), sendo, a maioria acometida com esperanças de dias melhores e boas intenções, mesmo permanecendo suscetíveis. Os resultados obtidos com a utilização da escala esclareceram que das 40 idosas trabalhadas, 35 apresentaram níveis de 6 a 10 que significa escala de depressão leve, apenas 5 apresentaram níveis entre 11 e 15 caracterizando um quadro de depressão severa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, a importância de manter os pacientes idosos, moradores de instituição de longa permanência, ativos em suas atividades rotineiras, garante maior socialização entre os mesmos, fato esse que colabora como um ato preventivo de depressão geriátrica.

Palavras-chave: Depressão; Idoso; Geriatria.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the signs of geriatric depression in elderly individuals living in long-term care facilities and to present ways of prevention. **METHODOLOGY:** A fifteen-question questionnaire was administered individually to each elderly individual, constituting the Geriatric Depression Scale (GDS) to assess the level of this disorder in the control group. **RESULTS AND DISCUSSION:** From the unfolding of this study, it became possible to perceive different levels in relation to the Geriatric Depression Scale (GDS), with the majority affected by it having hopes for better days and good intentions, even though they remained susceptible. The results obtained with the use of the scale clarified that of the 40 elderly women studied, 35 presented levels of 6 to 10, representing mild depression, and only 5 presented levels between 11 and 15, characterizing a picture of severe depression. **FINAL CONSIDERATIONS:** In view of the above, the importance of keeping elderly patients, residents of long-term care facilities, active in their routine activities, ensures greater socialization among them, a fact that contributes as a preventive act against geriatric depression.

Keywords: Depression; Elderly; Geriatrics.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico que envolve mudanças progressivas no organismo ao longo do tempo. De acordo com Miller e Benson (2018), o envelhecimento pode ser entendido como "um conjunto de modificações fisiológicas que ocorre com o tempo, resultando em uma diminuição da capacidade funcional dos sistemas orgânicos" (MILLER; BENSON, 2018, p. 112).

No Brasil, o crescimento abrupto da população idosa resulta da combinação de variáveis estritamente demográficas com as profundas alterações sociais e culturais ocorridas, que



simultaneamente configuram-se como causa e consequência (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). Os idosos que sofrem essas alterações, muitas vezes, apresentam demora para se acostumarem com a nova rotina ou, até mesmo, não conseguem se adaptar. Essa situação favorece o aparecimento de inúmeras limitações, que consequentemente, colaboram com o desenvolvimento dos sintomas depressivos.

A depressão é um distúrbio que compromete diversas áreas do organismo, dentre essas destaca-se a afetiva. Nos pacientes idosos, a depressão afeta, principalmente, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em decorrência de debilidades na saúde física, das vulnerabilidades sociais, como também, da desorganização das políticas públicas direcionadas à população geriátrica, os idosos apresentam maiores índices da problemática descrita.

Consoante ao exposto, os sintomas depressivos, presentes na população idosa, são influenciados não apenas pela condição clínica, mas também pelas flutuações emocionais, aspectos relacionados ao próprio envelhecimento e pelo contexto social que valoriza a juventude (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009). Além disso, a depressão geriátrica apresenta um prognóstico mais desfavorável e uma maior taxa de suicídios, podendo, quando persistente, afetar a capacidade funcional, o autocuidado e as interações sociais do indivíduo (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Desse modo, o processo de envelhecimento torna-se mais delicado a partir do memento em que o idoso se depara com uma nova realidade: a institucionalização, voltada, principalmente, à renúncia de vínculos, afetos, dispensa da moradia privativa, rotinas e de toda vizinhança, ou seja, consiste em uma nova fase, que nem sempre é aceita e muito menos desejada. Na maioria dos casos, a escolha por instituições de longa permanência advém dos familiares, quando a perda da autonomia dos idosos começa a ficar evidente e os mesmos não conseguem mais realizar atividades básicas como antes.

Nesse contexto, com o objetivo de alcançar a diminuição dos índices de depressão presente nos idosos residentes em instituições de longa permanência, é necessário a avaliação das condições de sobrevivência impostas por essas organizações, bem como, manter contato contínuo com os familiares dos idosos, para que o sentimento de abandono seja minimizado, em relação aos idosos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi regido em junho de 2024, por meio de pesquisas e avaliações de artigos científicos recolhidos no site acadêmico Scielo Brazil. Os termos de pesquisa



empregados compreenderam descritores como “depressão geriátrica”, “instituição de longa permanência” e “idosos”.

Dentre os artigos científicos pesquisados, foram considerados os que adotavam metodologia que apresentassem definições compatíveis com os atuais diagnósticos de depressão, concentrados na população geriátrica das instituições de longa permanência. Ademais, foram excluídos artigos que abordavam dados empíricos, sem padronização dos objetivos específicos.

Além disso, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), que contribui para a avaliação da autoestima, energia, ansiedade, perda de ânimo e de esperança (apatia) ou isolamento social dos idosos e que, também, auxilia na determinação dos resultados em dados individualizados de cada paciente. A EDG não substitui uma avaliação clínica completa, mas colabora com o desenvolvimento do processo de diagnóstico.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG), apresenta 15 perguntas em sua composição e de acordo com as respostas de cada paciente, pontua-se um número de 0 a 1. Ao final da realização, o profissional responsável por sua aplicação, interpreta cada resposta e soma a pontuação total, que varia de 0 a 15 e um escore mais alto indica maior probabilidade de depressão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão é um problema de saúde pública, em que cerca de 154 milhões de pessoas são afetadas mundialmente, e os idosos enquadram-se neste contexto com um percentual de 15% de prevalência para algum sintoma depressivo. Caracteriza-se por alterações psicopatológicas diversas que podem diferenciar-se em relação à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico (Peixoto et al., 2016).

Em idosos, a depressão, frequentemente, é subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento. Entretanto, a presença desses sintomas pode ser responsável por perda de autonomia e agravamento dos quadros patológicos preexistentes. No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos varia de 4,7 a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e dos pontos de corte para detectar os sintomas (MARTINS ALVARENGA, Márcia Regina; DE CAMPOS OLIVEIRA, Maria Amélia; FACCENDA, Odival., 2012).



Os sintomas depressivos no idoso podem levar a comprometimentos funcionais, como perda da autonomia, tornando-o mais dependente na realização das suas atividades cotidianas. Em parte, esses sintomas podem estar relacionados à insatisfação dos idosos em conviver com o desconhecido e seguir uma rotina de horários, perder parte do seu direito de escolha e o sentimento de não se sentir importante, ser mais um dentro da instituição. Outros fatores que também podem contribuir para esses sintomas são dificuldade de criar vínculos, superar perdas, abandono familiar e perda de privacidade (Guimarães et al., 2012).

A ausência do convívio social é um fator de risco para a depressão, no qual o idoso não se sente livre para ir e vir. As relações sociais são elencadas como fatores positivos para a melhoria das condições de saúde. Pode-se destacar que pessoas com mais convivência em todas as situações, que são ativos e não precisam ser restringidos de algumas funções diárias e que tem contato social regular vivem mais do que as que têm menos convívio (Dos Santos et al., 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão geriátrica ocorre com mais frequência, comparada aos tempos antigos. Com isso, destacam-se, principalmente, os idosos que apresentam maiores vulnerabilidades sociais, doenças preexistentes, abandono familiar e, ainda, aqueles alocados em instituições de longa permanência, como população de maior risco para o desenvolvimento desse distúrbio.

Os principais sintomas presentes na depressão são perceptíveis no decorrer das práticas das atividades cotidianas de cada idoso, como por exemplo, repulsão a vínculos afetivos, sendo, muitas vezes, justificável pelo fato de haver a existência do sentimento de abandono pelos familiares do paciente e a insegurança de criar novos laços e sofrer todo o processo novamente. Outros que merecem atenção são aqueles que afetam o psicológico do idoso, como também, os físicos.

De acordo com os fatos supracitados, vale salientar que a depressão ocorre de maneira diferenciada em diversas pessoas, incluindo os idosos. Ou seja, a maneira como esse diagnóstico é observado em um paciente, não significa que, obrigatoriamente, se apresentará do mesmo modo no paciente seguinte. Essa circunstância ocorre mediante a existência de diversos fatores desencadeadores da depressão, que se alteram conforme a realidade de cada idoso, incluindo situações vivenciadas pelos mesmos.

Nesse sentido, a avaliação multidisciplinar em cada paciente acometido por depressão, torna-se imprescindível para a garantia de métodos resolutivos, que proporcionem a reinserção



desse idoso em atividades que eles não participam como antigamente. Com isso, destaca-se a importância das instituições de longa permanência manterem um vínculo ativo tanto com profissionais de diversos campos de atuação, na área da saúde física e mental, por exemplo, como também, com os próprios familiares dos idosos.

Diante desse cenário, torna-se fundamental a reformulação de políticas públicas que garantam um envelhecimento ativo ao idoso, bem como, a adequação e melhoria contínua dos serviços assistenciais para o atendimento apropriado a cada idoso. Outrossim, as instituições de longa permanência devem sensibilizar-se às competências dos idosos, assim como, às condições de autossuficiência que, mesmo em um sistema de constante desqualificação, deve ser considerada e respeitada.

Além disso, o discernimento da depressão ainda em sua fase inicial, promove maiores possibilidades de melhoria do quadro. Por conseguinte, os estudos avaliativos, com o objetivo de empregar novos meios de prevenção e tratamento devem continuar sendo aprimorados, de tal modo que seja possível a garantia de uma maior qualidade de vida à população idosa.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Jaqueline Oliveira dos; AGUIAR, Bianca Fontana; TONIN, Luana; ROZIN, Leandro. Autoestima e risco para depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Espaço para a Saúde**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 59–70, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2020v21n1p59>. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/684>.

GUIMARÃES, Lara de Andrade et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3 275–3 282, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 497–503, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>.

NÓBREGA, I. R. A. P. da; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. de O.; VIEIRA, J. de C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 536–550, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>.

OLIVEIRA, Larissa de; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Depressão em idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, Brasil, v. 3, n. 6, p. 110–122, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3890626>. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/110>.



LIMA, Ana Maraysa Peixoto; RAMOS, José Lucas Souza; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; ROCHA, Regina Petrola Bastos; BATISTA, Hermes Melo Teixeira; PINHEIRO, Woneska Rodrigues. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 96–103, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.06>

**ESPIRITUALIDADE E CUIDADO INTEGRAL: ABORDAGENS NO CONTEXTO
DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

**SPIRITUALITY AND INTEGRAL CARE: APPROACHES IN THE CONTEXT OF
PALLIATIVE CARE**

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

Email: izabelsnogueira@hotmail.com

JOÃO BOSCO FILHO

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

Objetivo: Refletir teoricamente sobre a espiritualidade como componente do cuidado integral em cuidados paliativos, analisando abordagens conceituais, evidências científicas, modelos de atenção e desafios de implementação no contexto brasileiro e internacional. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórica de caráter conceitual e crítico, baseada em revisão narrativa da literatura. O estudo privilegia a análise e articulação de conceitos de referenciais nacionais e internacionais, permitindo compreender a dimensão espiritual como parte essencial do cuidado integral, além da perspectiva biomédica. **Resultados e Discussão:** A literatura evidencia que espiritualidade e religiosidade constituem dimensões distintas, sendo a primeira relacionada à busca de sentido e propósito, e a segunda a práticas institucionais específicas. O cuidado espiritual impacta positivamente a qualidade de vida, reduz sintomas emocionais e fortalece a dignidade, além de favorecer o engajamento familiar e decisões de cuidado alinhadas aos valores do paciente. Diferentes níveis de intervenção são descritos, desde triagem básica até encaminhamento para especialistas, com o modelo integrado promovendo corresponsabilidade interdisciplinar. No Brasil, a PNCP reconhece a integralidade do cuidado, mas há desafios relacionados à formação profissional, padronização de instrumentos e desigualdade de acesso. **Considerações Finais:** A espiritualidade deve ser incorporada de forma estruturada e ética aos cuidados paliativos, garantindo atenção inclusiva e humanizada. Investimentos em educação, protocolos clínicos sensíveis à diversidade e mecanismos de monitoramento são essenciais para consolidar um cuidado integral que acolha corpo, mente, relações e espiritualidade no processo de finitude.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados paliativos; Cuidado integral; Humanização; Terminalidade.

ABSTRACT

Objective: To reflect theoretically on spirituality as a component of comprehensive palliative care, analyzing conceptual approaches, scientific evidence, care models, and implementation challenges in the Brazilian and international contexts. **Methodology:** This is a theoretical reflection of a conceptual and critical nature, based on a narrative review of the literature. The study prioritizes the analysis and articulation of concepts from national and international



frameworks, allowing us to understand the spiritual dimension as an essential part of comprehensive care, beyond the biomedical perspective. **Results and Discussion:** The literature shows that spirituality and religiosity constitute distinct dimensions, the former being related to the search for meaning and purpose, and the latter to specific institutional practices. Spiritual care positively impacts quality of life, reduces emotional symptoms, and strengthens dignity, in addition to fostering family engagement and care decisions aligned with the patient's values. Different levels of intervention are described, from basic screening to referral to specialists, with the integrated model promoting interdisciplinary co-responsibility. In Brazil, the PNCP recognizes comprehensive care, but there are challenges related to professional training, standardization of instruments, and unequal access. **Final Considerations:** Spirituality must be incorporated into palliative care in a structured and ethical manner, ensuring inclusive and humanized care. Investments in education, diversity-sensitive clinical protocols, and monitoring mechanisms are essential to consolidate comprehensive care that embraces body, mind, relationships, and spirituality in the dying process.

Keywords: Spirituality; Palliative care; Comprehensive care; Humanization; Terminality.

1. INTRODUÇÃO

O processo de morrer, ao abarcar dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, convoca a equipe de saúde a ultrapassar a lógica estritamente biomédica e a adotar uma visão holística da pessoa em sofrimento. A Organização Mundial da Saúde (2020) enfatiza que a espiritualidade é um elemento intrínseco do cuidado paliativo, visto que auxilia o indivíduo e sua família a lidar com questões relacionadas ao sentido da vida, à esperança e à transcendência. No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece que a integralidade do cuidado deve incluir o respeito à subjetividade, à cultura e às crenças do paciente, ampliando o horizonte da atenção em saúde (Brasil, 2024).

A espiritualidade, nesse cenário, não se limita à dimensão religiosa, mas se expressa de múltiplas formas, como na busca por significado, na conexão com a natureza, nas relações afetivas ou em valores éticos e existenciais (Pessini; Bertachini, 2017). Ao reconhecer essa pluralidade, o cuidado espiritual pode se configurar como recurso terapêutico essencial para a ressignificação da dor, para o fortalecimento da esperança e para a preservação da dignidade no processo de morrer.

Pesquisas internacionais e nacionais apontam que a atenção às necessidades espirituais impacta positivamente a qualidade de vida, reduz sintomas emocionais e favorece decisões de cuidado mais alinhadas aos valores do paciente (Steinhauser et al., 2022). No contexto brasileiro, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída em 2024, estabelece a integralidade como princípio orientador, incluindo a dimensão espiritual no escopo do cuidado (Brasil, 2024).



Contudo, a implementação desse cuidado enfrenta desafios importantes. Pesquisas indicam que a maior parte dos profissionais de saúde não se sente preparada para lidar com demandas espirituais, seja pela formação acadêmica ainda centrada em aspectos técnicos e biomédicos, seja pela ausência de protocolos institucionais que orientem a prática (Raddatz et al, 2019). Além disso, resistências culturais — como a confusão entre espiritualidade e religiosidade, ou a percepção de que tais questões não cabem ao campo da saúde — contribuem para manter esse aspecto em posição secundária dentro do cuidado (Aguilar et al, 2021).

Dessa forma, a consolidação da espiritualidade como componente efetivo dos cuidados paliativos exige investimentos em educação permanente, inserção de conteúdos específicos nos currículos da saúde, e a criação de diretrizes que orientem a abordagem espiritual de maneira ética, respeitosa e interdisciplinar. Somente assim será possível promover um cuidado realmente integral, capaz de oferecer suporte à experiência complexa e singular do processo de morrer.

Diante disso, torna-se fundamental refletir teoricamente sobre a espiritualidade como componente do cuidado integral em cuidados paliativos, analisando suas abordagens conceituais, evidências científicas, modelos de atenção e desafios de implementação no contexto brasileiro e internacional.

2. METODOLOGIA

Este artigo configura-se como uma reflexão teórica, de natureza não empírica, mas essencialmente conceitual e crítica. Diferencia-se das pesquisas quantitativas ou qualitativas baseadas na coleta de dados empíricos, ao privilegiar a análise, a interpretação e a articulação de conceitos que permitem ampliar a compreensão de determinados fenômenos à luz de referenciais teóricos diversos (Kovács, 2003). Tal perspectiva mostra-se particularmente fecunda no campo dos cuidados paliativos, em que a complexidade da experiência humana diante da finitude convoca um olhar que ultrapassa a mensuração objetiva de variáveis, demandando uma abordagem que integre dimensões éticas, existenciais e filosóficas (Pessini; Bertachini, 2004; Organização Mundial da Saúde, 2020).

O presente estudo desenvolve-se a partir de uma revisão de literatura de natureza conceitual e analítica, orientada pela sistematização de ideias e pela elaboração de sentidos construídos no diálogo crítico entre distintos referenciais teóricos.

A adoção desta abordagem justifica-se pela necessidade de ampliar a base conceitual que sustenta os cuidados paliativos, fortalecendo seus fundamentos epistemológicos e éticos. Nesse sentido, a reflexão teórica desenvolvida neste trabalho contribui tanto para o avanço do



conhecimento acadêmico quanto para a prática profissional, oferecendo elementos que favorecem a construção de um olhar mais complexo, humano e integral sobre o sofrimento e a finitude da vida (Kovács, 2003; Morin, 2015; Organização Mundial Da Saúde, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura revelou cinco eixos centrais:

3.1. DISTINÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, espiritualidade e religiosidade constituem dimensões distintas da experiência humana. A espiritualidade é entendida de forma mais abrangente, envolvendo a busca de sentido, propósito, valores e a percepção de conexão consigo mesmo, com os outros, com a natureza ou com uma instância transcendente, independentemente de vínculos institucionais ou dogmáticos. Já a religiosidade refere-se à adesão a sistemas organizados de crenças, ritos e práticas coletivas, vinculados a tradições específicas de fé (Gijsberts et al., 20).

No contexto dos cuidados paliativos, essa diferenciação assume especial relevância. O cuidado espiritual não se restringe à oferta de rituais ou suporte religioso, mas abarca a escuta sensível e o acolhimento das angústias existenciais do paciente e de sua família. Trata-se de apoiar a pessoa em sua busca por sentido diante da finitude, reconhecendo que o sofrimento humano não se limita ao físico, mas alcança dimensões emocionais, relacionais e transcendentais (Pessini; Bertachini, 2004; Koenig, 2012).

Dessa forma, ainda que a religiosidade possa ser um caminho de expressão espiritual para muitos indivíduos, o cuidado espiritual deve ser compreendido de maneira mais ampla e inclusiva, respeitando a singularidade de cada paciente. Essa abordagem favorece um cuidado integral, alinhado aos princípios da dignidade, da autonomia e da humanização, que orientam a prática dos cuidados paliativos (World Health Organization, 2020).

3.2. IMPACTOS DO CUIDADO ESPIRITUAL

A atenção às dimensões espirituais no contexto dos cuidados paliativos apresenta efeitos significativos sobre o bem-estar do paciente e de seus familiares. Evidências indicam que o cuidado espiritual contribui para a melhora da qualidade de vida, promovendo maior sensação de significado e propósito, mesmo diante de doenças que ameaçam a vida. Além disso, está associado à redução de sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão, proporcionando um alívio que vai além do controle dos aspectos físicos da doença (Steinhauser et al., 2022;



Austin et al., 2024).

O cuidado espiritual também favorece o engajamento dos familiares, aumentando sua satisfação com o suporte recebido e oferecendo um espaço de acolhimento e escuta frente às perdas e à antecipação do luto. Ademais, ao integrar valores, crenças e preferências do paciente, promove maior alinhamento entre as decisões terapêuticas e os desejos individuais, fortalecendo a autonomia e a dignidade em momentos críticos da vida (Pessini; Bertachini, 2004; Koenig, 2012).

Portanto, a incorporação da dimensão espiritual à prática clínica não apenas complementa o cuidado físico, mas contribui para uma abordagem integral, que reconhece o paciente em sua totalidade — corpo, mente, relações e espiritualidade — e valoriza a experiência humana em sua complexidade, conforme preconizado pelas diretrizes internacionais de cuidados paliativos (World Health Organization, 2020).

3.3. MODELOS DE CUIDADO ESPIRITUAL

A literatura identifica diferentes níveis de intervenção no cuidado espiritual, que podem ser articulados de forma escalonada, conforme a complexidade das necessidades do usuário. O primeiro nível envolve a triagem básica, realizada por todos os profissionais de saúde, cujo objetivo é identificar sinais de sofrimento espiritual e compreender a importância da dimensão espiritual para o bem-estar do paciente. Em um segundo nível, destacam-se as intervenções de escuta ativa e suporte, que envolvem acolhimento, diálogo sensível e estratégias de apoio emocional, permitindo ao paciente e à família explorar suas preocupações existenciais e valores fundamentais (Austin et al, 2024).

Em casos mais complexos, nos quais o sofrimento espiritual é profundo ou está associado a dilemas éticos e conflitos de crenças, torna-se necessário o encaminhamento para capelania, aconselhamento espiritual ou outros especialistas qualificados, garantindo cuidado especializado e respeitoso à singularidade de cada indivíduo (Gijsberts et al., 20).

O modelo integrado, recomendado pela European Association for Palliative Care (EAPC, 2019), propõe que todos os membros da equipe de saúde compartilhem a responsabilidade pelo cuidado espiritual, de forma interdisciplinar. Nesse modelo, a dimensão espiritual deixa de ser tarefa exclusiva de profissionais religiosos, tornando-se componente central do cuidado integral. Além disso, promove uma abordagem proativa, que identifica e responde às necessidades espirituais de maneira contínua, fortalecendo a humanização do cuidado, o alinhamento terapêutico com os valores do paciente e a promoção de sua dignidade diante da finitude.



3.4. CONTEXTO BRASILEIRO

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) reconhece a integralidade do cuidado, incluindo dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, e prevê a incorporação de práticas de apoio espiritual na atenção a pacientes com doenças que ameaçam a vida (Brasil, 2024). Essa abordagem sinaliza avanços significativos na formalização de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente, alinhado às recomendações internacionais de cuidados paliativos.

Apesar desses avanços, persistem desafios estruturais e operacionais. Entre eles, destacam-se a falta de formação específica em espiritualidade para profissionais de saúde, a ausência de indicadores nacionais claros para monitoramento e avaliação das práticas espirituais, e a desigualdade de acesso a recursos especializados, sobretudo na atenção primária à saúde, onde a presença de equipes multiprofissionais completas é ainda limitada. Esses fatores dificultam a implementação uniforme de cuidados espirituais e comprometem a efetividade da política em contextos de vulnerabilidade social.

Pesquisas nacionais evidenciam um crescimento do interesse acadêmico sobre espiritualidade em cuidados paliativos (Esperandio et al, 2020). Contudo, muitos estudos ainda apresentam limitações metodológicas, como amostras restritas, recortes regionais e ausência de instrumentos validados para avaliação do sofrimento espiritual. Tais lacunas reforçam a necessidade de investimento em formação, pesquisa e estratégias de avaliação que integrem a dimensão espiritual de maneira sistemática e equitativa, garantindo que o cuidado integral previsto na PNCP seja efetivamente traduzido em práticas clínicas.

3.5. DESAFIOS ÉTICOS E CULTURAIS

O cuidado espiritual nos cuidados paliativos apresenta desafios éticos significativos, especialmente em contextos cultural e religiosamente diversos. Uma prática sensível exige que os profissionais de saúde respeitem as crenças, valores e tradições individuais, evitando qualquer imposição de práticas ou convicções pessoais. Esse cuidado demanda uma postura baseada na escuta atenta, na empatia e na humildade cultural, permitindo compreender a singularidade de cada paciente e de sua família (Gijsberts et al., 2019).

Além disso, a integração da espiritualidade ao cuidado clínico deve ser orientada pelo princípio da autonomia, garantindo que decisões terapêuticas e estratégias de suporte estejam alinhadas às preferências e valores do paciente. O desrespeito a essas dimensões pode gerar sofrimento adicional, conflitos éticos e diminuição da confiança na equipe de saúde.



A complexidade ética também se manifesta na necessidade de equilibrar valores culturais diversos com protocolos clínicos padronizados, especialmente em serviços multiprofissionais. Nesse sentido, o cuidado espiritual deve ser concebido como um processo de diálogo contínuo, capaz de reconhecer tensões entre normas institucionais, limitações de recursos e as múltiplas dimensões da experiência humana, garantindo uma abordagem realmente integral, inclusiva e humanizada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade, enquanto dimensão constitutiva e universal da experiência humana, deve ser reconhecida como elemento central do cuidado integral em cuidados paliativos. Ela transcende práticas religiosas específicas, envolvendo a busca por sentido, propósito, valores e conexão, aspectos que se tornam particularmente significativos diante da finitude da vida. Evidências científicas indicam que a atenção às necessidades espirituais contribui não apenas para o alívio do sofrimento, mas também para a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento da dignidade e o respeito à singularidade de cada pessoa em seu processo de morrer.

No Brasil, o avanço normativo promovido pela Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) representa uma oportunidade histórica para integrar a espiritualidade de forma estruturada às práticas clínicas, formalizando seu papel no cuidado multidimensional. Entretanto, desafios persistem: a formação insuficiente de profissionais de saúde, a ausência de instrumentos padronizados para avaliação do sofrimento espiritual e a falta de indicadores de qualidade ainda dificultam a implementação plena dessa dimensão do cuidado.

Diante desse cenário, torna-se imperativo que gestores, educadores e equipes multiprofissionais desenvolvam estratégias que garantam a integração efetiva da espiritualidade, de modo ético, plural e centrado no paciente. Isso implica investimento em capacitação, protocolos clínicos sensíveis à diversidade cultural e religiosa, e mecanismos de monitoramento que sustentem práticas de cuidado humanizadas. Avançar nessa agenda é avançar na consolidação de um modelo de atenção verdadeiramente integral, capaz de acolher a totalidade da pessoa — corpo, mente, relações e espiritualidade — em sua trajetória de vida e de morte.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Beatriz Fonseca; SILVA, Jéssica Plácido. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Salvador: **Rev. Psicol. Divers. Saúde**, v. 10, n. 1, p:158-167, 2021.



AUSTIN, P. D. et al. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 67, n. 1, p. 72-89, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2024.

ESPERANDIO, M; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. São Paulo: **Rever**, v. 20, n. 2, 2020. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/50678/33082>> Acesso em: 15 set. 2025.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (EAPC). White paper on spiritual care in palliative care. **European Journal of Palliative Care**, v. 26, n. 2, p. 79–89, 2019.

GIJSBERTS, M.H.E.; LIEFBROER, A.I.; OTTEN, R.; OLSMAN, E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of Current Evidence. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 57, n. 1, p. 52-68, 2019.

KOENIG, H. G. Spirituality and health: the research and clinical implications. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 43, n. 3, p. 213-227, 2012. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.43.3.c>> Acesso em: 15 set. 2025.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2020.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: **Loyola**, 2017. p. 21–42.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: **Loyola**, 2004.

RADDATZ, Juliana Schmidt; MOTTA, Roberta Fin; ALMINHANA, Letícia Oliveira. Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Círculo Vicioso entre Demanda e Ausência de Treinamento. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 24, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2019. Disponível em <[www.scielo.br http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240408](http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240408)> Acesso em: 15 set. 2025.

STEINHAUSER, K. E.; FITCHETT, G.; HANDZO, G. H. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research: A Systematic Review. **JAMA**, v. 328, n. 2, p. 184–193, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. **Geneva: WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 15 set. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.07>

**IDADISMO: REFLEXÕES SOBRE A DISCRIMINAÇÃO ETÁRIA NA SOCIEDADE
BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA**

**AGEISM: REFLECTIONS ON AGE DISCRIMINATION IN CONTEMPORARY
BRAZILIAN SOCIETY**

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

Email: izabelsnogueira@hotmail.com

ADRIANA SILVA DA CRUZ

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

LARA THUANNY MELO MONTENEGRO

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

MARIA DO CÉU BEZERRA PEREIRA

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

ROBERTA MACHADO ALVES

Doutoranda em Saúde Coletiva/UFRN

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Mestre pela Universidade Potiguar/RN (UNP)

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar criticamente as origens, manifestações e impactos do idadismo no Brasil, identificando seus efeitos sobre a vida social, econômica e cultural, bem como apontar estratégias para sua superação. **Metodologia:** A pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. Foi realizada revisão bibliográfica sistemática de artigos científicos publicados em periódicos nacionais, além da análise de documentos institucionais e relatórios de organizações governamentais e não governamentais. Os materiais foram selecionados segundo critérios de relevância, atualidade e representatividade do contexto brasileiro, permitindo articular dados empíricos e discussões teóricas. **Resultados e discussão:** Os resultados evidenciam que o idadismo no Brasil manifesta-se de forma persistente e multifacetada. No mercado de trabalho, a discriminação ocorre tanto pela exclusão de idosos em processos seletivos quanto pela desvalorização de jovens por inexperiência. Na mídia, prevalece a idealização da juventude e a representação de idosos como frágeis ou dependentes, reforçando estereótipos negativos. No campo da saúde, observa-se a negligência às necessidades de pessoas idosas, com diagnósticos tardios ou tratamentos inadequados. Nas relações sociais, atitudes cotidianas de exclusão e desvalorização de opiniões intensificam o isolamento e a marginalização. Esses fatores afetam diretamente a autoestima, a saúde mental e a qualidade de vida, contribuindo para a



reprodução de desigualdades estruturais e o enfraquecimento de vínculos intergeracionais.

Considerações finais: Conclui-se que o idadismo constitui não apenas uma questão ética, mas um desafio social e político que compromete a equidade e a inclusão. Para seu enfrentamento, faz-se necessário investir em políticas públicas de valorização da diversidade etária, educação intergeracional, campanhas midiáticas positivas e capacitação de profissionais de saúde. Somente por meio de esforços integrados será possível construir sociedades mais justas, inclusivas e intergeracionais.

Palavras-chave: Etarismo; Discriminação etária; Relação entre gerações; Inclusão social; Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to critically analyze the origins, manifestations, and impacts of ageism in Brazil, identifying its effects on social, economic, and cultural life, as well as suggesting strategies for overcoming it. **Methodology:** The research used a qualitative approach, with an exploratory and descriptive character. A systematic bibliographic review of scientific articles published in national journals was conducted, in addition to the analysis of institutional documents and reports from governmental and non-governmental organizations. The materials were selected based on criteria of relevance, timeliness, and representativeness of the Brazilian context, allowing for the articulation of empirical data and theoretical discussions. **Results and discussion:** The results show that ageism in Brazil manifests itself persistently and multifacetedly. In the labor market, discrimination occurs both through the exclusion of older adults in selection processes and the devaluation of young people due to inexperience. In the media, the idealization of youth and the representation of older adults as fragile or dependent prevail, reinforcing negative stereotypes. In the healthcare field, neglect of the needs of older adults is observed, with late diagnoses or inadequate treatments. In social relationships, everyday attitudes of exclusion and devaluation of opinions intensify isolation and marginalization. These factors directly affect self-esteem, mental health, and quality of life, contributing to the reproduction of structural inequalities and the weakening of intergenerational bonds. **Final considerations:** We conclude that ageism constitutes not only an ethical issue, but also a social and political challenge that compromises equity and inclusion. To address this, it is necessary to invest in public policies that value age diversity, intergenerational education, positive media campaigns, and training for healthcare professionals. Only through integrated efforts will it be possible to build more just, inclusive, and intergenerational societies.

Keywords: Ageism; Age discrimination; Relationship between generations; Social inclusion; Health.

1. INTRODUÇÃO

O idadismo ou etarismo, também conhecido como ageísmo, é uma forma de discriminação que se manifesta com base na idade, afetando tanto pessoas jovens quanto idosas. Trata-se de um fenômeno muitas vezes invisível, mas com impactos profundos na vida social, profissional e pessoal dos indivíduos. Em sociedades modernas, marcadas pelo culto à



juventude, à produtividade e à estética, o idadismo se infiltra em múltiplos contextos, do mercado de trabalho à saúde, da mídia à vida familiar, impondo limites e reforçando estereótipos prejudiciais.

O termo “idadismo” foi introduzido pelo gerontólogo Robert N. Butler na década de 1960, que o definiu como “uma forma de preconceito contra indivíduos mais velhos, baseada em estereótipos sociais e preconceitos negativos” (Butler, 1969). Estudos mais recentes ampliaram a compreensão do conceito, considerando que atitudes discriminatórias podem afetar pessoas em diferentes faixas etárias, não se restringindo apenas à população idosa (Levy, 2009; Palmore, 2015).

O idadismo manifesta-se em diversos âmbitos. No mercado de trabalho, trabalhadores mais velhos podem ser vistos como menos adaptáveis ou menos produtivos, enquanto jovens frequentemente são desvalorizados por falta de experiência. Na área da saúde, profissionais podem subestimar sintomas ou tratamentos devido à idade do paciente, comprometendo a qualidade do cuidado. Na mídia e na cultura, a representação da juventude como ideal estético e produtivo reforça estereótipos e invisibiliza as contribuições de diferentes faixas etárias. Já nos espaços sociais, situações cotidianas, como o acesso a transportes públicos ou serviços, podem refletir preconceitos implícitos que limitam a participação de determinados grupos etários.

Refletir sobre o idadismo evidencia que ele não é apenas uma questão ética, mas também um desafio social que compromete a inclusão, a equidade e o bem-estar coletivo. Este estudo busca analisar criticamente o idadismo, discutindo suas origens, manifestações e implicações, além de apontar caminhos para sua superação e para a construção de sociedades mais inclusivas e intergeracionais.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, buscando compreender de forma aprofundada as manifestações e implicações do idadismo no contexto brasileiro. Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática de estudos e artigos científicos publicados em periódicos nacionais, selecionados com base em critérios de relevância para o tema, atualidade e representatividade do contexto brasileiro.

A análise do material seguiu procedimentos de interpretação crítica, buscando identificar padrões, convergências e divergências nas abordagens sobre idadismo, bem como



compreender suas implicações sociais, culturais e institucionais. Essa metodologia possibilitou construir uma compreensão ampla e fundamentada do fenômeno, articulando teoria e contexto nacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Além da literatura acadêmica, foram analisados documentos institucionais e relatórios de organizações governamentais e não governamentais, a fim de integrar diferentes perspectivas sobre políticas públicas, práticas sociais e iniciativas voltadas ao enfrentamento do preconceito etário. Destacaram-se, entre os autores nacionais, trabalhos como os de Goldani (2010), que discutem o preconceito etário no Brasil, bem como documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) que abordam o idadismo nas Américas, permitindo a articulação entre evidências científicas e dados institucionais.

No contexto brasileiro, o idadismo tem se mostrado persistente, apresentando-se de maneiras sutis e explícitas em diferentes esferas sociais. Estudos e relatórios de organizações nacionais e internacionais indicam que a discriminação etária compromete a inclusão social, a equidade e a qualidade de vida, influenciando desde oportunidades de trabalho até o acesso a serviços essenciais, a representação na mídia e as relações interpessoais. A compreensão dessas manifestações é fundamental para a formulação de políticas públicas e estratégias que promovam sociedades mais inclusivas e intergeracionais.

No mercado de trabalho, o idadismo se manifesta de forma evidente, afetando especialmente trabalhadores mais velhos. A crença de que pessoas com idade avançada são menos produtivas, menos adaptáveis a mudanças tecnológicas ou incapazes de inovar leva muitas empresas a priorizar a contratação de profissionais jovens. Segundo dados do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), trabalhadores com mais de 50 anos enfrentam maiores dificuldades para conseguir emprego formal, e aqueles que permanecem no mercado sofrem restrições quanto a promoções ou treinamento (Pazos, et al, 2024). Essa discriminação não apenas limita a autonomia econômica dos indivíduos, mas também contribui para a desvalorização de sua experiência e conhecimento acumulado ao longo da carreira. Por outro lado, jovens trabalhadores também podem ser subestimados, sendo vistos como inexperientes e, portanto, menos capazes de ocupar posições de destaque. Assim, o idadismo no trabalho revela uma dimensão complexa, afetando diferentes faixas etárias de maneiras distintas, mas igualmente prejudiciais.

Na mídia, as representações estereotipadas reforçam concepções prejudiciais sobre o



envelhecimento. A juventude é frequentemente idealizada como sinônimo de beleza, saúde e dinamismo, enquanto os idosos são retratados como frágeis, dependentes e desatualizados. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2019), tais representações contribuem para a internalização de estereótipos e para a perpetuação de preconceitos, afetando tanto a percepção social quanto a autoestima dos idosos. Filmes, propagandas e programas de televisão raramente apresentam personagens mais velhos em papéis ativos, independentes ou de liderança, o que reforça a invisibilidade social dessa faixa etária. Além disso, a mídia digital e as redes sociais reproduzem padrões estéticos que marginalizam o envelhecimento natural, estimulando comparações prejudiciais entre gerações e fortalecendo o culto à juventude.

No campo da saúde, o idadismo se manifesta por meio da negligência ou subestimação das necessidades de cuidado de pessoas mais velhas. Profissionais de saúde podem minimizar sintomas, atrasar diagnósticos ou oferecer tratamentos inadequados, baseados na ideia de que determinadas condições fazem parte do envelhecimento natural e, portanto, não exigem intervenção (Pazos et al, 2024). Essa forma de discriminação institucionalizada não apenas compromete a saúde física, mas também afeta o bem-estar psicológico, reforçando a sensação de invisibilidade e desvalorização social.

As relações sociais também são impactadas pelo idadismo. Interações cotidianas podem refletir preconceitos implícitos, como desvalorização de opiniões, exclusão de atividades comunitárias ou familiares e isolamento social. Estudos realizados pelo IMEI (2020) indicam que muitas pessoas idosas relatam sentir-se marginalizadas em espaços públicos e privados, enquanto jovens podem sofrer pressão para atender expectativas de produtividade e conformidade com padrões geracionais. Tais atitudes contribuem para o enfraquecimento dos vínculos sociais e para a diminuição da participação ativa em diferentes esferas da vida comunitária, exacerbando processos de exclusão e segregação etária.

O impacto do idadismo sobre saúde mental e qualidade de vida é significativo. A internalização de estereótipos negativos pode levar à diminuição da autoestima, à ansiedade e à depressão, aumentando a vulnerabilidade social e emocional de indivíduos afetados. Pesquisas demonstram que pessoas que percebem discriminação etária relatam maior isolamento social e menor engajamento em atividades de lazer e trabalho, o que compromete a manutenção de redes de apoio e a construção de uma vida plena e participativa (Moraes et al., 2018). Além disso, o idadismo contribui para a reprodução de desigualdades estruturais, dificultando o acesso a oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

O idadismo no Brasil está profundamente enraizado em normas sociais que valorizam



a juventude e associam a velhice à perda de valor e capacidade. Essas normas são reforçadas por representações midiáticas, políticas públicas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos negativos sobre pessoas idosas. A falta de políticas eficazes de inclusão etária e a escassez de estudos acadêmicos sobre o tema contribuem para a invisibilidade do idadismo e dificultam seu enfrentamento (Goldani, 2010; Torres et al, 2016).

Além disso, o idadismo não afeta apenas os idosos, mas também os jovens, que podem ser estigmatizados por sua falta de experiência ou por serem considerados imaturos. Essa visão dicotômica entre juventude e velhice limita a compreensão da diversidade etária e impede a construção de uma sociedade intergeracional e inclusiva.

Para enfrentar o idadismo, é necessário implementar estratégias que promovam a educação intergeracional, políticas públicas inclusivas e representações midiáticas equilibradas. Iniciativas como campanhas de conscientização, treinamento de profissionais de saúde e programas que incentivem a participação social de diferentes faixas etárias podem reduzir preconceitos e valorizar a diversidade etária. A construção de sociedades intergeracionais não se limita a proteger indivíduos vulneráveis, mas também amplia a riqueza social e cultural, promovendo um ambiente no qual todas as idades tenham voz, reconhecimento e oportunidades.

Em síntese, o idadismo no Brasil é um fenômeno multifacetado que se manifesta no trabalho, na mídia, na saúde e nas relações sociais, afetando a autoestima, a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas. Reconhecer suas diversas formas e impactos é essencial para desenvolver políticas públicas e práticas sociais que promovam a inclusão e a equidade entre gerações. A superação do preconceito etário depende de esforços articulados, envolvendo governo, sociedade civil, instituições acadêmicas e a mídia, com o objetivo de construir um ambiente social mais justo e intergeracional (Goldani, 2010; SBGG, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, para enfrentar o idadismo, é necessário implementar estratégias que promovam a educação intergeracional, políticas públicas inclusivas e representações midiáticas equilibradas. Iniciativas como campanhas de conscientização, treinamento de profissionais de saúde e programas que incentivem a participação social de diferentes faixas etárias podem reduzir preconceitos e valorizar a diversidade etária. A construção de sociedades intergeracionais não se limita a proteger indivíduos vulneráveis, mas também amplia a riqueza social e cultural, promovendo um ambiente no qual todas as idades tenham voz,



reconhecimento e oportunidades (Miranda et al, 2016).

Em síntese, o idadismo no Brasil é um fenômeno multifacetado que se manifesta no trabalho, na mídia, na saúde e nas relações sociais, afetando a autoestima, a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas. Reconhecer suas diversas formas e impactos é essencial para desenvolver políticas públicas e práticas sociais que promovam a inclusão e a equidade entre gerações. A superação do preconceito etário depende de esforços articulados, envolvendo governo, sociedade civil, instituições acadêmicas e a mídia, com o objetivo de construir um ambiente social mais justo e intergeracional.

REFERÊNCIAS

BUTLER, Robert N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, v. 9, n. 4, p. 243–246, 1969. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243>. Acesso em: 21 set. 2025.

GOLDANI, A. M. “Ageismo” no Brasil: O que significa ? Quem pratica? O que fazer com isto?. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 385–405, 2010. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/107>. Acesso em: 21 set. 2025.

GOLDANI, A. M. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. Campinas: **Educ. Soc.**, v. 31, n. 111, p. 411-434, abr.-jun. 2010. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 21 set. 2025.

INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL BRASILEIRA VOLTADA AO PÚBLICO DA TERCEIRA IDADE. Relatório sobre envelhecimento e discriminação etária no Brasil. Brasília: **IMEI**, 2020. Disponível em:< <https://www.imei.edu.br>>. Acesso em: 21 set. 2025.

LEVY, Becca. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. **Current Directions in Psychological Science**, v. 18, n. 6, p. 332–336, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>>. Acesso em: 21 set. 2025.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Geriat. Gerontol**, v. 19, n. 3, p:507-519, 2016.

MORAES, Flávia et al. Idadismo e saúde mental: impactos da discriminação etária na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 6, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/NhVnLk9vKJ?lang=pt>>. Acesso em: 21 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ageism: Global report on age discrimination. Geneva: **WHO**, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>>. Acesso em: 21 set. 2025.



PALMORE, Erdman. Ageism comes of age. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 70, n. 6, p. 873–875, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv079>. Acesso em: 21 set. 2025.

PAZOS, P. de F. B.; FERREIRA, A. P. Pessoa idosa, mercado de trabalho, idadismo e a saúde do trabalhador: revisão de escopo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2024. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/LPsJXHkz3ptn7vq6tmgXXJf/?lang=pt> > Acesso em: 21 set. 2025.

SOCIETY OF BRAZILIAN GERIATRICS AND GERONTOLOGY – SBGG.
Representações midiáticas de idosos e estereótipos de envelhecimento. São Paulo: **SBGG**, 2019. Disponível em: <https://www.sbgg.org.br>. Acesso em: 21 set. 2025.

TORRES, T. de L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. Brasília: **Psic. Teor. e Pesq.** v. 32, n.1, p: 209-218, 2016. Disponível em < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.scielo.br/j/ptp/a/S4t5hGpYDWCZ776W3jMLmmz/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 21 set. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.08>

**DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: IMPLICAÇÕES
PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E SUA REDE DE APOIO**

**FROM DIAGNOSIS TO CANCER TREATMENT: PSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS
ON CHILDREN'S MENTAL HEALTH AND THEIR SUPPORT NETWORK**

ISABELLY IMACULADA DIÓGENES GIRÃO

Discente de enfermagem
isabellygirao25@gmail.com

JAQUELINE FREIRES DA ROCHA

Discente de enfermagem

JOABE DA COSTA BARBOSA

Discente de enfermagem

JOSÉ WAGNER DE QUEIROS

Discente de enfermagem

LAURA HILARI ARAÚJO BRAGA

Discente de enfermagem

ROSANIA MARIA ROSA DE SOUSA

Discente de enfermagem

SAMIRA ALENCAR SILVA

Discente de enfermagem

THAIS HELENA OLIVEIRA COSTA VIEIRA

Discente de enfermagem

ALBERT RAMON OLIVEIRA SANTOS

Enfermeiro, Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA
(PPGPIOS-UFBA)

RESUMO

Objetivo: Constatar o impacto existente, desde a descoberta do diagnóstico ao tratamento oncológico, na saúde mental dos pacientes pediátricos acometidos por câncer, bem como da sua rede de apoio, atestando implicações psicossociais mais comuns aos casos que persistem com danos psicológicos e sociais, sem avaliação. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa exploratória qualitativa, a partir da utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e



busca de publicações nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed. Foram selecionados artigos publicados entre 2020 a 2024, com o objetivo de proporcionar maior rigor científico ao estudo, validando fatos que ainda estão presentes na atualidade. **Resultados e Discussão:** Por meio da análise dos artigos, foi compreendido que, apesar do câncer ser notado como uma comorbidade que afeta o paciente em sua concepção física e psicológica, ainda existem lacunas que não colaboram com o exercício de um trabalho holístico nesse meio, principalmente quando referente à pediatria, pois torna-se necessário proporcionar um cuidado tanto ao paciente, como à sua rede de apoio. Assim, ainda são perseverantes os danos psicossociais que são causados na rede familiar, bem como no meio social da criança enferma. **Considerações Finais:** Diante disso, medidas que solucionem as implicações psicossociais na saúde mental das crianças em tratamento oncológico e sua rede de apoio, precisam ser fundamentadas a partir das necessidades presentes em cada caso, de maneira individualizada e de acordo com a demanda particular dos mesmos.

Palavras-chave: Câncer infantil; Oncologia; Pediatria.

ABSTRACT

Objective: To determine the impact, from the discovery of the diagnosis to oncological treatment, on the mental health of pediatric patients affected by cancer, as well as their support network, attesting to the most common psychosocial implications in cases that persist with psychological and social damage, without assessment. **Methodology:** This qualitative exploratory study used Health Sciences Descriptors (DeCS) and searched for publications in the following databases: Virtual Health Library (VHL) and PubMed. Articles published between 2020 and 2024 were selected to provide greater scientific rigor and validate current findings. **Results and Discussion:** Through the analysis of the articles, it was understood that, although cancer is recognized as a comorbidity that affects patients physically and psychologically, gaps remain that hinder holistic care in this area, especially in pediatrics, as it is necessary to provide care to both the patient and their support network. Thus, the psychosocial damage caused to the family network and the social environment of the sick child continues to persist. **Final Considerations:** In view of this, measures that address the psychosocial implications on the mental health of children undergoing cancer treatment and their support network need to be based on the needs present in each case, in an individualized manner and according to their particular demands.

Keywords: Childhood cancer; Oncology; Pediatrics.

1. INTRODUÇÃO

A obtenção do diagnóstico de câncer infantil é uma realidade, pertencente à sociedade atual, que influencia tanto na qualidade de vida do paciente, como de seus familiares e sua rede de apoio. Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam que no triênio 2023/2025 ocorrerão no Brasil, a cada ano, 7.930 novos casos de câncer em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade.

A complexidade do tratamento oncológico pediátrico demanda uma abordagem holística, integrando cuidados físicos, emocionais, familiares e educacionais para proporcionar



uma experiência mais completa e positiva para as crianças e jovens enfrentando o desafio do câncer (DA SILVA *et al.*, 2023). De acordo com o fato descrito, o intervalo de tempo que transcorre a partir do conhecimento sobre o diagnóstico e se expande ao período terapêutico, remete a necessidade de um suporte psicológico para os pacientes mas, também, para toda rede de apoio, que auxiliam no processo e participam de cada fase da doença.

No cenário da oncologia pediátrica, as demandas dos cuidados são multifacetadas e variam desde o atendimento médico (gerenciamento dos sintomas, administração oportuna de medicamentos, cuidados com o acesso venoso central) até o equilíbrio da logística de transporte, acomodação e combate ao estigma cultural de um diagnóstico de câncer. O impacto dos aspectos psicossociais sobre os cuidadores, na maioria das vezes, não pode ser enfatizado o suficiente para os pais. Muitos cuidadores vivenciam, para citar alguns, uma infinidade de emoções complexas, precisam assimilar informações sobre a doença, ser provedores de seus filhos saudáveis e fornecer cuidados 24 horas por dia ao paciente (RAO *et al.*, 2022).

Nesse sentido, existem algumas características no grupo de crianças com câncer que as diferenciam, pelo menos em certa medida, de populações que sofrem de outras doenças fatais. Pacientes nessa categoria comumente e cronicamente experimentam dor, sintomas somáticos, humor perturbado, medo e ansiedade excessivos, falta de resiliência, problemas de autoestima, além de graves desafios de enfrentamento devido às suas limitações relacionadas à idade (TAFAZOLI; CRONIN-WOOD K, 2024). Essa circunstância, dentre outras sucintadas, justifica a precisão da existência de um suporte psicológico que proporcione melhorias nas perspectivas dos pacientes e seus próximos.

Segundo uma revisão de escopo conduzida por Rørbech *et al.* (2024), os regimes de tratamento cada vez mais intensivos com múltiplas hospitalizações, muitas vezes imprevisíveis e prolongadas, fazem com que as famílias vivam uma vida penosa e interrompida, o que afeta profundamente o funcionamento de todos os membros da família. Além disso, os pais costumam ser o principal apoio dos pacientes, pois enfrentam procedimentos de tratamento exigentes, e o esgotamento parental é relatado como ocorrendo já dentro de 6 meses do diagnóstico de câncer. Mesmo vários anos após uma remissão completa, sentimentos de vulnerabilidade persistem entre muitos membros da família, mostrando quão profundamente um curso de tratamento de câncer pediátrico afeta a vida familiar.

Ademais, outra característica que atua colaborando para o desgaste emocional e físico dos pacientes e sua rede de apoio é o aumento da probabilidade de desenvolvimento de outras doenças crônicas. De acordo com Gabela *et al.* (2024), crianças com câncer são uma população complexa que frequentemente desenvolve doenças críticas devido ao seu diagnóstico primário



e ao risco de complicações da terapia direcionada ao câncer. Esses pacientes apresentam alto risco de disfunção orgânica e têm o potencial de se deteriorar rapidamente. Causas comuns de admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) incluem choque séptico, insuficiência respiratória, monitoramento pós-cirúrgico e deterioração neurológica.

Por conseguinte, salienta-se que o câncer acaba por ser uma das doenças que, além de adoecer o indivíduo em sua forma física e biológica, adoce psicologicamente não só a ele como também sua família, aumentando os níveis de depressão e ansiedade nesse grupo. Os profissionais envolvidos no tratamento, ao terem contato direto e por longo tempo com os pacientes, também pode começar a sofrer mentalmente quando ocorre a piora ou o óbito. Logo, sendo o cuidado com a família e com o paciente complexo, evidencia-se, novamente, a necessidade de uma equipe multidisciplinar e dedicação ao paciente nos diversos níveis de atenção à saúde (DIAS; MENDES-CASTILLO, 2021; ZAYAT *et al.*, 2021, apud MARTINS, BRUNA SAIONARA, 2024).

Diante do exposto, é indispensável a análise das implicações psicossociais, pertinentes ao diagnóstico e tratamento oncológico, na saúde mental das crianças e sua rede de apoio pois, para proporcionar melhores avanços no tratamento desses pacientes, é primordial o desenvolvimento das intervenções terapêuticas pautadas em abordagens físicas, psicológicas e emocionais, conjuntamente.

2. METODOLOGIA

O estudo apresentado trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa, com o objetivo de possibilitar maior entendimento da maneira em que o diagnóstico e tratamento do câncer infantil afeta o trinômio paciente, família e rede de apoio, causando danos não somente físicos, mas também, psicológicos.

Em primeiro plano, a busca pelos artigos selecionados ocorreu por meio da consulta dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e, através da utilização de termos como “Câncer infantil”; “Oncologia”; “Pediatria”, foram verificados estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Para prosseguimento da elaboração da pesquisa, foram explorados 701 artigos, encontrados na BVS e PubMed.

Dessa forma, para prosseguimento da seleção dos artigos, foram utilizados critérios de inclusão, a partir da aplicação dos filtros que disponibilizavam textos completos, desenvolvidos entre 2020 a 2024, gratuitos em inglês, português ou espanhol. Ademais, foram escolhidos estudos que descreviam como o câncer infantojuvenil atinge a sociedade contemporânea e como



se dá a repercussão dos ciclos da doença, que se estendem desde a obtenção do diagnóstico ao tratamento e arquivos da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.

A análise dos artigos ocorreu por meio de uma leitura atenta e sistematizada, das pesquisadas selecionadas, permitindo uma avaliação mais rígida. Dessa maneira, dos 701 artigos encontrados, foram excluídos 675 sendo, posteriormente, analisados 26, totalizando uma quantidade de 11 artigos selecionados para compor a presente pesquisa.

Além disso, os artigos selecionados caracterizavam as consequências psicossociais dos pacientes e sua rede de apoio, como os familiares e profissionais que atuam diretamente no tratamento do agravo. Nesse sentido, foram avaliadas informações como a assimilação dos profissionais frente ao diagnóstico de câncer em crianças, a administração dos sentimentos de familiares, amigos e pacientes. Com isso, os estudos promoveram uma abordagem completa ao tema, minuciando aspectos que colaboram com o avanço do tratamento e evidenciando que as medidas terapêuticas devem coincidir com enfoques na saúde física e psicológica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer infantil impacta tanto a saúde física como psicológica do paciente, seus familiares, amigos e toda rede de apoio. Diante dessa realidade, o processo do cuidar torna-se estressante, contribuindo para o desenvolvimento de agravos que comprometem a saúde psicossocial destes, como ansiedade, depressão e estresse parental (TOLEDANO-TOLEDANO *et al.*, 2021).

A carga psicossocial do câncer refere-se às inúmeras maneiras pelas quais o câncer e a experiência do câncer impactam os pacientes e suas famílias, incluindo os cuidadores. Essa carga é conceituada como resultante de impactos em quatro domínios: bem-estar físico, psicológico, espiritual e social (ESSUE *et al.*, 2020). Nesse sentido, torna-se essencial a adoção de uma metodologia que auxilie na melhoria do estado psicológico do binômio paciente e rede de apoio, pautada na prestação de um cuidado holístico aos envolvidos no tratamento, focado não só no avanço clínico, mas também no psicossocial.

Em concordância com a avaliação dos artigos selecionados para compor o presente estudo, foram observadas características que sustentam a ideia de que o processo de tratamento do câncer pediátrico, está firmemente enraizado somente na evolução do estado físico do paciente, fato que negligencia a condição psicossocial do próprio, bem como a de seus próximos. O diagnóstico de câncer e seu tratamento podem ter um impacto substancial não apenas no paciente, mas também na vida diária de todos os membros da família, pois podem



causar sofrimento psicológico, dor e outras experiências negativas (BORRESCIO-HIGA; VALDÉS, 2022).

Ademais, um diagnóstico de câncer envolve múltiplas partes interessadas que atuam como provedores de cuidados para pacientes diagnosticados com a doença, e isso pode incluir médicos, clínicos, enfermeiros, profissionais de saúde aliados, familiares, amigos e conhecidos (SHUNMUGASUNDARAM; VEERAIHAH, 2020). Nesse cenário, com relação a atuação da equipe de enfrentamento ao câncer infantil, nota-se, também, sofrimento psicológico expressivo, principalmente no momento de informar aos familiares sobre o diagnóstico, suas implicações durante o acompanhamento médico e, em alguns casos, lidar com o óbito.

Portanto, no contexto da oncologia pediátrica, uma equipe multidisciplinar colaborativa é essencial para fornecer cuidados de qualidade. Nas interações enfermeiro-paciente-família, os enfermeiros lidam com questões de saúde altamente complexas diariamente e servem como um recurso crucial para pacientes e familiares que estão mentalmente e fisicamente sobrecarregados (RØRBECH *et al.*, 2024). Em concordância com a realidade descrita, é essencial enfatizar a necessidade de melhores condições institucionais, para a garantia de uma boa prática profissional, focada tanto no paciente e afins, como também, nos profissionais da equipe multidisciplinar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante às circunstâncias citadas, torna-se imprescindível a adoção de medidas psicossociais, que abrangem o paciente e sua rede de apoio, que incluem a equipe multiprofissional a qual exerce suas atribuições e, por vezes, não entendem como administrar os sentimentos ao vivenciar as cenas de todo esse processo.

Em conformidade com os estudos analisados, foi perceptível que as implicações na saúde mental das crianças em tratamento oncológico, bem como de sua rede de apoio, ainda não são vistas como particularidades fundamentais que necessitam, também, de acompanhamento. Ou seja, os aspectos psicossociais estão sendo negligenciados, por parte da equipe multiprofissional, visto que, atualmente o maior enfoque se concentra no tratamento do próprio câncer.

A realidade demonstrada por meio da leitura dos artigos selecionados, apresentou que, verdadeiramente, existe sim um impacto na saúde mental do binômio paciente e rede de apoio que, caso não tratado, pode resultar em agravos psicossociais, como ansiedade e sobrecarga emocional, por exemplo. Em razão da secundarização dessa área, que não é priorizada na



contemporaneidade, torna-se necessário o desenvolvimento de mais estudos que ampliem as perspectivas e mostrem novos métodos de combater esse estigma.

Além dos fatos sublinhados, para haver o aperfeiçoamento das particularidades mentais do paciente e rede de apoio, é preciso que a equipe de cuidados diretos mantenham um acompanhamento para avaliação da saúde mental, afinal não há meios de garantir um cuidado exemplar, se o próprio profissional que proporcione esse cuidado não estiver bem. Assim, é de extrema importância a formulação de medidas cabíveis e que sejam aplicadas rotineiramente, no cotidiano dos mesmos, para que eles saibam administrar suas emoções.

Segundo os estudos avaliados, propostas de intervenção como o desenvolvimento de uma escala para avaliar o nível de qualidade de vida, questionários que analisam o sofrimento e oferecem meios de como administrar as incertezas, técnicas de triagem, educação continuada, entre outras, são métodos que buscam a garantia de melhores evoluções clínicas, pautada no exercício do cuidado holístico, que trata o paciente como um todo.

Com isso, também faz-se oportuno descrever sobre a precisão da interlocução entre as equipes, ou seja, como o câncer pediátrico deve ser tratado por profissionais de diversas áreas, as estratégias para o avanço do paciente devem ser conversadas e formuladas entre todos que contribuem nesse aspecto, tendo em vista que alguns serão mais próximos do paciente e manterão maior contato com a família e cuidadores, em virtude do seu exercício profissional.

Por fim, é essencial a existência de uma parceria com insituições frequentadas pelo paciente, como exemplo as de ensino, com o propósito de promulgar estratégias que colaborem com uma mudança menos rígida no cotidiano do paciente e que não possibilitem a piora das individualidades psicossociais, em virtude do afastamento de suas atividades que eram executadas diariamente.

REFERÊNCIAS

GABELA, A. et al. The burden of pediatric critical illness among pediatric oncology patients in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, [S.l.], v. 203, p. 104467, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2024.104467>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2024.104467>. Acesso em: 26 ago. 2025.

RØRBECH, J. T. et al. Nursing interventions for pediatric patients with cancer and their families: A scoping review. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 160, p. 104891, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104891>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104891>. Acesso em: 26 ago. 2025.



BASILE, N. L. et al. Relationship between caregiver uncertainty, problem-solving, and psychological adjustment in pediatric cancer. **Journal of Pediatric Psychology**, [S.l.], v. 46, n. 10, p. 1258–1266, nov./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab065>. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab065>. Acesso em: 26 ago. 2025.

RAO, V. N. et al. Inception of a pediatric cancer caregiver support group guided by parental needs. **Cancer Reports (Hoboken, N.J.)**, [S.l.], v. 5, n. 6, e1469, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/cnr2.1469>. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cnr2.1469>. Acesso em: 26 ago. 2025.

SHUNMUGASUNDARAM, Chindhu; VEERAAIAH, Surendran. Caregivers' perception of psychosocial issues of pediatric patients with osteosarcoma: an exploratory study. **Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice**, [S.l.], v. 2, n. 1, e15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/OR9.0000000000000015>. Disponível em: https://journals.lww.com/jporp/Fulltext/2020/02010/Caregivers_Peception_of_Psychosocial_Issues_of.6.aspx. Acesso em: 26 ago. 2025.

DA SILVA, G. S. et al. O impacto do tratamento oncológico na saúde mental infantojuvenil: uma visão geral. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 32537–32551, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.12-207. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3468>. Acesso em: 26 ago. 2025.

TAFAZOLI, A.; CRONIN-WOOD, K. Pediatric oncology hospice: a comprehensive review. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, [S.l.], v. 41, n. 12, p. 1467–1481, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/10499091241227609>. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10499091241227609>. Acesso em: 26 ago. 2025.

TOLEDANO-TOLEDANO, F. et al. Psychosocial factors predicting resilience in family caregivers of children with cancer: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 748, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020748>. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020748>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BORRESCIO-HIGA, F.; VALDÉS, N. The psychosocial burden of families with childhood blood cancer. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 599, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010599>. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010599>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ESSUE, B. M. et al. The psychosocial cost burden of cancer: a systematic literature review. **Psycho-Oncology**, [S.l.], v. 29, n. 11, p. 1746–1760, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5516>. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5516>. Acesso em: 26 ago. 2025.

MARTINS, Bruna Saionara. O enfermeiro na oncologia pediátrica: perfil das crianças, diagnóstico situacional e gestão de caso. 2024. 90 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Oncologia. Edição Nº 96 – Setembro Dourado 2023 [online], n. 96, set. 2023. Disponível em:



[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24228b-NEspecial -
_SetembroDourado_2023.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24228b-NEspecial_-_SetembroDourado_2023.pdf). Acesso em: 26 ago. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.09>

**EPISTEMICÍDIO EM SAÚDE: DESAFIOS DA INVISIBILIZAÇÃO DE SABERES
CULTURAIS E NARRATIVAS IDENTITÁRIAS**

**EPISTEMICIDE IN HEALTH: CHALLENGES OF THE INVISIBILIZATION OF
CULTURAL KNOWLEDGE AND IDENTITY NARRATIVES**

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA ¹

Doutoranda pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)

Email: izabelsnogueira@hotmail.com

VILMA ALVES DA COSTA²

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA³

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

IARA GABRIELY DA SILVA LOPES⁴

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

MARIA DO CÉU BEZERRA PEREIRA⁵

Especializanda em Saúde Mental e Dependências (INSA/CESAC)

ROBERTA MACHADO ALVES ⁶

Doutoranda em Saúde Coletiva/UFRN

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO ⁷

Mestre pela Universidade Potiguar/RN (UNP)

RESUMO

Objetivo: O presente capítulo tem como objetivo analisar o fenômeno do epistemicídio no campo da saúde, entendido como o processo pelo qual saberes, práticas e narrativas culturais e identitárias de grupos historicamente marginalizados são silenciados, invisibilizados ou negados. **Metodologia:** Para atingir esses objetivos, adotou-se uma abordagem qualitativa, reflexiva e bibliográfica, articulando a revisão de literatura com análise crítica das estruturas epistemológicas que orientam a produção do conhecimento em saúde. A metodologia permitiu mapear como práticas institucionais e políticas públicas reproduzem desigualdades, ao mesmo tempo em que sinaliza estratégias capazes de fortalecer narrativas identitárias e reconhecer saberes tradicionais e comunitários como instrumentos legítimos para o cuidado e a promoção da saúde. Nesse contexto, foram examinadas contribuições teóricas sobre epistemicídio, colonialidade do saber, interculturalidade em saúde e decolonialidade, com ênfase em autores e experiências latino-americanas. Destacam-se, entre eles, Boaventura de



Sousa Santos, que desenvolve os conceitos de epistemicídio e epistemologias do Sul; Sueli Carneiro, com suas reflexões sobre racismo, gênero e epistemologias afro-brasileiras; Walter Mignolo e Catherine Walsh, que discutem a colonialidade do saber e a interculturalidade; e Ailton Krenak, cujas obras sobre cosmologias indígenas e relações com o cuidado e a vida oferecem uma perspectiva crítica ao paradigma ocidental hegemônico. **Resultados e Discussão:** Os resultados evidenciam que o epistemicídio tem impactos diretos na desumanização do cuidado, uma vez que a imposição de saberes biomédicos uniformes negligencia dimensões culturais, espirituais e comunitárias do processo saúde-doença. Observa-se também o enfraquecimento de estratégias de promoção da saúde culturalmente sensíveis, que poderiam potencializar a adesão a práticas preventivas e o fortalecimento do autocuidado em comunidades marginalizadas. A exclusão de epistemologias não hegemônicas contribui ainda para a perpetuação de desigualdades sociais, ao reforçar uma lógica que coloca certos grupos como destinatários passivos de cuidados padronizados, em vez de sujeitos ativos de seus processos de saúde. A discussão aponta para a necessidade de integrar perspectivas decoloniais e interculturais nos serviços de saúde, na formulação de políticas públicas e nos currículos de formação profissional, de modo a reconhecer a pluralidade de saberes e a legitimar as narrativas identitárias como elementos centrais do cuidado integral. **Considerações finais:** Diante do exposto, enfrentar o epistemicídio no campo da saúde constitui um imperativo ético, político e social, essencial para a construção de sistemas de saúde mais equitativos, inclusivos e democráticos. Valorizar saberes plurais e incorporar narrativas identitárias fortalece a humanização do cuidado, promove justiça social e contribui para o desenvolvimento de políticas públicas que respeitem a diversidade cultural. O capítulo conclui que apenas por meio do reconhecimento e da legitimação das epistemologias marginalizadas será possível avançar para uma saúde verdadeiramente integral, capaz de atender às necessidades de todos os grupos sociais de forma respeitosa e culturalmente sensível.

Palavras-chave: Epistemicídio; Cuidado de Saúde Culturalmente Sensível; Saberes tradicionais; Colonialidade do saber; Desigualdades em saúde

ABSTRACT

Objective: This chapter aims to analyze the phenomenon of epistemicide in the health field, understood as the process by which the knowledge, practices, and cultural and identity narratives of historically marginalized groups are silenced, made invisible, or denied. **Methodology:** To achieve these objectives, a qualitative, reflective, and bibliographical approach was adopted, combining a literature review with a critical analysis of the epistemological structures that guide the production of health knowledge. The methodology allowed us to map how institutional practices and public policies reproduce inequalities, while also highlighting strategies capable of strengthening identity narratives and recognizing traditional and community knowledge as legitimate instruments for health care and promotion. In this context, theoretical contributions on epistemicide, the coloniality of knowledge, interculturality in health, and decoloniality were examined, with an emphasis on Latin American authors and experiences. Notable among these are Boaventura de Sousa Santos, who develops the concepts of epistemicide and epistemologies of the South; Sueli Carneiro, with her reflections on racism, gender, and Afro-Brazilian epistemologies; Walter Mignolo and Catherine Walsh, who discuss the coloniality of knowledge and interculturality; and Ailton Krenak, whose works on Indigenous cosmologies and relationships with care and life offer a critical perspective on the hegemonic Western paradigm. **Results and Discussion:**



The results demonstrate that epistemicide has a direct impact on the dehumanization of care, since the imposition of uniform biomedical knowledge neglects the cultural, spiritual, and community dimensions of the health-disease process. We also observe the weakening of culturally sensitive health promotion strategies, which could enhance adherence to preventive practices and strengthen self-care in marginalized communities. The exclusion of non-hegemonic epistemologies further contributes to the perpetuation of social inequalities by reinforcing a logic that positions certain groups as passive recipients of standardized care, rather than active subjects in their own health processes. The discussion highlights the need to integrate decolonial and intercultural perspectives into health services, public policy formulation, and professional training curricula, recognizing the plurality of knowledge and legitimizing identity narratives as central elements of comprehensive care. **Final considerations:** Given the above, addressing epistemicide in the health field constitutes an ethical, political, and social imperative, essential for building more equitable, inclusive, and democratic health systems. Valuing plural knowledge and incorporating identity narratives strengthens the humanization of care, promotes social justice, and contributes to the development of public policies that respect cultural diversity. The chapter concludes that only through the recognition and legitimization of marginalized epistemologies will it be possible to advance toward truly comprehensive health, capable of meeting the needs of all social groups in a respectful and culturally sensitive manner.

Keywords: Epistemicide; Culturally Sensitive Health Care; Traditional Knowledge; Coloniality of Knowledge; Health Inequalities

1. INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto campo científico, político e social, tem sido historicamente marcada pela centralidade do paradigma biomédico, que privilegia o conhecimento produzido em moldes eurocêntricos e coloniais (Santos, 2010; Quipiano, 2014). Essa hegemonia epistemológica impõe critérios de validade e legitimidade que frequentemente desconsideram saberes produzidos fora do modelo científico dominante, gerando o que Boaventura de Sousa Santos (2006 e 2007) denomina epistemicídio — o processo de silenciamento, marginalização ou exclusão de conhecimentos oriundos de grupos subalternizados.

O epistemicídio não se limita à esfera do conhecimento acadêmico; ele se manifesta de forma concreta nas práticas de cuidado e nas políticas públicas de saúde. Ao desconsiderar narrativas culturais e identitárias, o sistema de saúde contribui para a desumanização do cuidado e para a perpetuação de desigualdades sociais (Miranda et al, 2024). Essa dinâmica reforça uma visão homogênea do processo saúde-doença, centrada exclusivamente na biologia e na técnica, e deslegitima formas tradicionais e comunitárias de cuidado.

No contexto brasileiro, país caracterizado por elevada diversidade étnica, cultural e histórica, práticas de saúde relacionadas a povos indígenas, comunidades quilombolas, religiões de matriz africana, parteiras tradicionais e saberes populares foram sistematicamente marginalizadas (Carneiro, 2003; Müller et al, 2023). Essas práticas, frequentemente



associadas a conhecimentos comunitários transmitidos oralmente, sustentam modos de vida, formas de resistência cultural e estratégias de cuidado integradas à vida social e espiritual dos indivíduos. A hegemonia do modelo biomédico, ao ignorar ou reprimir essas práticas, contribui para a perda de patrimônio cultural e epistemológico de grupos historicamente vulnerabilizados.

A discussão sobre o epistemicídio em saúde se articula diretamente às perspectivas decoloniais e interculturais, que defendem a necessidade de reconhecer e integrar saberes plurais no planejamento, gestão e prestação de serviços de saúde (Mignolo, 2007; Walsh, 2007). A interculturalidade em saúde propõe um diálogo horizontal entre diferentes formas de conhecimento, promovendo práticas de cuidado que respeitem a diversidade cultural, étnica e social da população (Brasil, 2006). Além disso, a incorporação de saberes tradicionais pode fortalecer estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e humanização do atendimento, garantindo que políticas públicas sejam mais inclusivas e sensíveis às especificidades de cada comunidade (Rückert et al, 2018).

Diante disso, este capítulo propõe uma reflexão crítica sobre o epistemicídio em saúde, entendendo-o como mecanismo de exclusão cultural e identitária, e busca apontar alternativas de superação por meio da integração de perspectivas decoloniais, práticas interculturais e valorização de saberes tradicionais. Ao reconhecer a pluralidade de narrativas e epistemologias, é possível construir um modelo de atenção à saúde mais equitativo, inclusivo e capaz de atender às demandas de populações historicamente marginalizadas, contribuindo para a democratização do cuidado e a justiça social.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo e reflexivo, orientada por referenciais teóricos da saúde coletiva, da sociologia do conhecimento e dos estudos decoloniais (Mignolo, 2007; Walsh, 2009). A escolha dessa abordagem metodológica decorre da necessidade de compreender, de forma crítica, os processos de silenciamento de saberes culturais e identitários no campo da saúde, bem como as implicações éticas, políticas e sociais do epistemicídio.

Foram analisadas produções de autores centrais para o debate, como Boaventura de Sousa Santos, que desenvolve a noção de epistemicídio e epistemologias do Sul; Sueli Carneiro, com contribuições sobre racismo, gênero e epistemologias afro-brasileiras; Walter Mignolo e Catherine Walsh, que abordam a colonialidade do saber e a interculturalidade; e Ailton Krenak, cujos escritos sobre cosmologias indígenas e relações com o cuidado e a vida



oferecem uma perspectiva profundamente crítica ao paradigma ocidental dominante. Complementarmente, foram incluídas pesquisas brasileiras que investigam práticas culturais e identitárias no cuidado em saúde, incluindo saberes indígenas, afrodescendentes, populares e comunitários.

O percurso metodológico do estudo estruturou-se em três eixos principais, articulados de forma a promover uma análise integrada e reflexiva. Essa organização metodológica possibilita uma reflexão crítica sobre a centralidade do saber biomédico e os efeitos do epistemicídio, ao mesmo tempo em que evidencia alternativas para o fortalecimento de práticas de cuidado que respeitem a diversidade cultural e promovam justiça social. Assim, o estudo não se limita a uma análise descritiva, mas propõe um diálogo entre teoria e prática, articulando conceitos decoloniais à realidade concreta do cuidado em saúde no Brasil.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Fundamentação conceitual sobre epistemicídio e saúde

O epistemicídio é o processo de desvalorização, silenciamento ou destruição de saberes produzidos por grupos historicamente marginalizados, sendo um conceito central nos estudos decoloniais, como os de Walter Dignolo (2007) e Boaventura de Sousa Santos (2010). Esse fenômeno evidencia que o conhecimento não é neutro, mas hierarquizado, privilegiando epistemologias ocidentais e biomédicas em detrimento de saberes indígenas, quilombolas e populares. Na saúde, o epistemicídio se manifesta quando práticas e experiências de cuidado de comunidades locais são ignoradas ou subestimadas, reforçando exclusão social e limitando a efetividade das intervenções (Santos, 2010; Walsh, 2009).

Os impactos do epistemicídio na saúde são significativos, pois contribuem para a desigualdade no acesso e na atenção. Ao desconsiderar saberes culturais e comunitários, políticas e protocolos biomédicos muitas vezes se mostram pouco aderentes às necessidades reais da população. Além disso, o silenciamento das narrativas de sofrimento de grupos marginalizados dificulta a compreensão da dimensão social e cultural das doenças, promovendo um cuidado fragmentado e centrado exclusivamente na perspectiva clínica (Krenak, 2017; Carneiro, 2003).

O fenômeno também contribui para a medicalização excessiva, pois situações que poderiam ser abordadas de forma mais integral e contextualizada acabam sendo tratadas apenas com intervenções biomédicas. Esse modelo de atenção à saúde tende a reproduzir desigualdades, desconsiderando determinantes sociais, históricos e culturais que influenciam o estado de saúde da população. Nesse sentido, o epistemicídio reforça a vulnerabilidade de



comunidades que já sofrem exclusão social, cultural e econômica (Santos, 2007; Mignolo, 2017).

Superar o epistemicídio em saúde exige reconhecer e valorizar epistemologias subalternas, promovendo a atenção integral, intercultural e humanizada. Isso implica integrar saberes locais e tradicionais na educação em saúde, na pesquisa e na prática clínica, fortalecendo a participação das comunidades na gestão do cuidado. Ao adotar uma perspectiva inclusiva e plural, é possível construir políticas e práticas que respeitem a diversidade cultural e epistemológica, contribuindo para um sistema de saúde mais justo, equitativo e sensível às necessidades de todos (Santos, 2010; Walsh, 2009; Krenak, 2017).

3.2. Identificação das narrativas culturais silenciadas no contexto brasileiro

No contexto brasileiro, diversas narrativas culturais de cuidado foram historicamente silenciadas e marginalizadas, resultando em um apagamento significativo de saberes e práticas tradicionais. A revisão bibliográfica evidencia que comunidades indígenas, quilombolas, de matrizes africanas, parteiras tradicionais e grupos populares desenvolveram modos próprios de atenção à saúde, baseados em experiências locais, conhecimentos ancestrais e saberes comunitários. Esses saberes, muitas vezes transmitidos oralmente ou por meio de práticas ritualísticas, enfrentam desvalorização frente ao predomínio do modelo biomédico ocidental, que tende a legitimar apenas intervenções clínicas padronizadas (Santos, 2010; Walsh, 2009).

A marginalização desses saberes contribui para o descompasso entre as práticas tradicionais e o sistema de saúde oficial, gerando lacunas no acesso e na efetividade do cuidado. Por exemplo, práticas indígenas de fitoterapia ou técnicas de parto tradicional são frequentemente vistas como secundárias ou mesmo ilegítimas, o que não apenas desconsidera seu valor científico e cultural, mas também enfraquece a confiança das comunidades no sistema de saúde formal (Mignolo, 2007; Krenak, 2017). Esse cenário evidencia como o apagamento de práticas e narrativas culturais impacta diretamente a integralidade do cuidado à saúde.

Além disso, o silenciamento dessas narrativas reforça desigualdades sociais e culturais, ao excluir vozes historicamente marginalizadas das decisões sobre saúde. A falta de reconhecimento formal de parteiras tradicionais, curandeiros e líderes comunitários limita a inclusão de práticas preventivas e terapêuticas culturalmente relevantes, prejudicando o fortalecimento da saúde coletiva. A ausência de diálogo entre saberes tradicionais e biomédicos perpetua um modelo hegemônico que invisibiliza experiências e modos de



cuidado que poderiam enriquecer a atenção à saúde no país (Carneiro, 2003; Santos, 2007).

Superar esse cenário exige políticas e práticas de saúde que valorizem a interculturalidade e a diversidade epistemológica, promovendo a integração entre saberes tradicionais e ciência biomédica. Reconhecer e incluir práticas indígenas, quilombolas, de matrizes africanas e saberes populares na atenção à saúde fortalece identidades culturais e amplia a efetividade das intervenções. Dessa forma, é possível construir um sistema de saúde mais justo, equitativo e sensível às particularidades culturais, promovendo cuidado integral e respeitoso às diversidades históricas e sociais do Brasil (Santos, 2010; Walsh, 2009; Krenak, 2017).

3.3. Discussão das estratégias de resistência e superação do epistemicídio na atenção e políticas de saúde

A resistência ao epistemicídio na saúde brasileira tem se fortalecido por meio da valorização de saberes tradicionais e práticas culturais marginalizadas. A revisão de políticas públicas e experiências comunitárias revela que povos indígenas, quilombolas, comunidades de matrizes africanas e grupos populares têm desenvolvido formas próprias de cuidado, baseadas em conhecimentos ancestrais e experiências locais. Essas práticas, muitas vezes desconsideradas pelo modelo biomédico hegemônico, são fundamentais para a promoção de saúde integral e culturalmente sensível (Santos, 2010; Walsh, 2009).

Uma estratégia central para superar o epistemicídio é a interculturalidade em saúde, que propõe o diálogo e a integração entre saberes tradicionais e científicos. Iniciativas como o projeto "Territórios Saudáveis e Sustentáveis na Promoção do Cuidado", lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz Brasília, buscam formar lideranças comunitárias e promover a participação popular na gestão da saúde. Com investimento de R\$ 24 milhões, o projeto utiliza metodologias de educação popular e pedagogia da alternância para fortalecer práticas de cuidado locais e respeitar as especificidades culturais das comunidades (Brasil, 2025).

Além disso, a decolonialidade em saúde propõe a revisão crítica das estruturas e práticas que perpetuam a colonialidade do saber. Estudos indicam que a integração das medicinas indígenas ao Sistema Único de Saúde (SUS) é uma medida concreta para enfrentar o epistemicídio, reconhecendo a legitimidade dos saberes tradicionais e promovendo a equidade no acesso ao cuidado (Schweickardt et al., 2024). A implementação de políticas públicas que respeitem e integrem essas práticas é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo.



Por fim, experiências comunitárias demonstram que a valorização dos saberes plurais contribui para a promoção de cuidados mais humanizados e eficazes. A utilização de plantas medicinais, rezas e outros conhecimentos tradicionais têm se mostrado eficaz na manutenção do bem-estar em quilombos e aldeias, reforçando a importância de respeitar e integrar essas práticas no contexto da saúde pública (Veloso, 2025). Assim, a superação do epistemicídio na saúde brasileira passa pelo reconhecimento, valorização e integração dos saberes tradicionais, promovendo um cuidado que respeite a diversidade cultural e histórica do país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O epistemicídio em saúde constitui uma barreira significativa à construção de sistemas de atenção à saúde justos, democráticos e inclusivos. Ao silenciar narrativas culturais e identitárias, o campo da saúde não apenas reproduz lógicas coloniais e eurocêtricas, mas também desumaniza os sujeitos, desconsiderando suas experiências, saberes e modos próprios de cuidado. Esse processo fragiliza políticas públicas e limita a efetividade das intervenções, uma vez que práticas tradicionais de comunidades indígenas, quilombolas, de matrizes africanas e de grupos populares são frequentemente subvalorizadas ou ignoradas no planejamento, na gestão e na execução de ações de saúde. O resultado é um sistema que, embora formalmente universal, continua a refletir desigualdades históricas e sociais, reforçando a marginalização de saberes e identidades.

Superar o epistemicídio requer uma ética de reconhecimento e valorização dos saberes plurais, que integre conhecimento tradicional e científico nas práticas clínicas, na educação em saúde e na formulação de políticas públicas. Essa integração demanda deslocar o olhar eurocêntrico para abordagens decoloniais, promovendo diálogo intercultural, escuta ativa e legitimando identidades historicamente marginalizadas. Por exemplo, a inclusão de parteiras tradicionais nos serviços de atenção ao parto, o reconhecimento da fitoterapia indígena e a valorização de práticas de cuidado comunitárias não apenas ampliam a efetividade do cuidado, mas também fortalecem a autonomia e a autoestima das comunidades envolvidas.

Além disso, enfrentar o epistemicídio em saúde é um desafio político e ético que exige transformação estrutural e cultural das instituições. É necessário repensar protocolos, currículos acadêmicos e estratégias de gestão de serviços, de modo que a diversidade cultural e epistemológica seja reconhecida como um recurso e não como um obstáculo. Políticas públicas que promovam interculturalidade, participação comunitária e educação em saúde inclusiva são instrumentos essenciais para consolidar a equidade e o direito à saúde como direito humano fundamental, respeitando as diferenças culturais e fortalecendo a cidadania.



Portanto, combater o epistemicídio na saúde não se restringe a uma questão acadêmica ou teórica, mas constitui um imperativo civilizatório e humanitário. Ao reconhecer e valorizar os saberes plurais, é possível construir sistemas de saúde mais justos, inclusivos e sensíveis às realidades socioculturais diversas, promovendo cuidado integral, humanizado e efetivamente equitativo. A superação do epistemicídio representa, assim, um passo essencial para que o direito à saúde se concretize plenamente, garantindo que todas as pessoas sejam tratadas com dignidade, respeito e reconhecimento de sua identidade e experiência cultural.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde lança projeto que valoriza saberes locais e forma lideranças comunitárias. Brasília: **Ministério da Saúde**. 1 jul. 2025. Disponível em: ><https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/ministerio-da-saude-lanca-projeto-que-valoriza-saberes-locais-e-forma-liderancas-comunitarias>>. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Populações Indígenas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf> Acesso em: 21 set. 2025.

CARNEIRO, A. S. Mulheres em movimento. **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 set. 2025.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser: um estudo sobre a construção da categoria "outro" na produção do conhecimento e da cidadania**. [recurso eletrônico]. 2003. 200 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2019. Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cpdel.ifcs.ufjf.br/wp-content/uploads/2020/10/Ailton-Krenak-Ideias-para-adiar-o-fim-do-mundo.pdf> Acesso em: 21 set. 2025.

MIGNOLO, W. D. COLONIALIDADE O lado mais escuro da modernidade. **RBCS**, v. 32, n. 94, 2017. Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rbcso/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 set. 2025.

MIGNOLO, W. D. The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options. Durham: **Duke University Press**, 2007.

MIRANDA, V. A. M. de; BELIZARIO, A. B. Q.; PEREIRA, M. F. Encontro de Saberes: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva. **Cien Saude Colet**. 2024; Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kF6msrXSp4SHpnrWfYrmY3w/?lang=pt>> Acesso em: 21 set.



2025.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. São Paulo: **Saúde Soc.**, v.32, n.3, 2023. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rc9rMfCfBphp45CHRwmjJFk/?lang=pt>> Acesso em: 21 set. 2025.

QUIPIANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Buenos Aires: **CLACSO**, 2014. Disponível em < chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/2014/0507042402/eje3-8.pdf>> Acesso em: 21 set. 2025.

RÜCKERT, B; CUNHA, D.M; MODENA, C.M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface**, v. 22, n. 66, 2018.

Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/icse/a/7dzCsNGFskQnsn3fbVv6gNG/?format=html&lang=pt>>

Acesso em: 21 set. 2025.

SANTOS, B. de S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: **Cortez**, 2010.

SANTOS, B. de S. Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide. Boulder: **Paradigm Publishers**, 2007.

SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. Epistemologias do Sul. São Paulo: **Cortez**, 2017.

Disponível em: < chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Epistemologias%20do%20Sul.pdf>> Acesso em: 21 set. 2025.

SCHWEICKARDT, J. C.; CABRAL, K. V.; MARTINS, F. M.; FERLA, A. A.

Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina. 1. Ed. – Porto Alegre, RS: **Editora Rede Unida**, p: 408, 2024. Disponível em < <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/11/Livro-Decolonialidades-e-cuidados-em-saude-na-America-Latina.pdf> > Acesso em: 21 set. 2025.

VELOSO, Lucas. A relação entre saberes tradicionais e saúde mental: manutenção do bem-estar em quilombos e aldeias. São Paulo: **Nexo**, 12 set. 2025. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/externo/2025/09/12/relacao-saberes-tradicionais-e-saude-mental-manutencao-do-bem-estar-em-quilombos-e-aldeias>. Acesso em: 21 set. 2025.

WALSH, C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des)de el in-surgir, re-existir y re-vivir. In: WALSH, Catherine (Org.). *Interculturalidad, Estado, Sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: **Abya-Yala**, p. 25-42.2009

WALSH, C. Interculturalidad, colonialidad y educación. **Revista Educación y Pedagogía**, v. 19, n. 48m 2007. Disponível em: < chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1265909654.interculturalidad__colonialidad_y_educacion_0.pdf> Acesso em: 21 set. 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.10>

**GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: ENTRAVES NA CONSOLIDAÇÃO DE UMA
REDE DE CUIDADO INTEGRAL**

**MANAGEMENT IN MENTAL HEALTH: CHALLENGES IN BUILDING A
COMPREHENSIVE CARE NETWORK**

ROBERTA MACHADO ALVES

Mestra em Saúde Coletiva (UFRN). Docente da Universidade Potiguar (UnP). INSA/CESAC.
psirobertaalves@gmail.com

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Mestra em Saúde do Trabalhador (UnP). INSA/CESAC.

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Doutoranda em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

VILMA ALVES DA COSTA

Especializanda em Saúde Mental. INSA/CESAC.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o impacto da ausência de capacitação dos gestores na efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, destacando a importância da qualificação para a consolidação de um cuidado integral e humanizado em saúde mental. A metodologia adotada foi uma revisão integrativa da literatura, com análise de 38 documentos entre artigos científicos, relatórios e documentos oficiais publicados entre 2020 e 2025, selecionados a partir nas bases SciELO, LILACS, PubMed e fontes institucionais. Os resultados evidenciam que a falta de formação específica dos gestores compromete o planejamento estratégico, a articulação entre os serviços da rede, a gestão orçamentária e a integração com setores como educação, assistência social e trabalho. Além disso, a carência de qualificação perpetua práticas hospitalocêntricas, dificulta a reabilitação psicossocial e reforça o estigma institucional. Em contrapartida, experiências exitosas de capacitação, conduzidas em parceria com universidades e núcleos técnicos, demonstram avanços na gestão da RAPS, promovendo maior efetividade dos serviços e fortalecimento da atenção básica como porta de entrada. Conclui-se que a formação permanente dos gestores deve ser tratada como eixo central das políticas públicas de saúde mental. Apenas com lideranças preparadas será possível garantir a continuidade do cuidado, a intersetorialidade e a promoção de práticas comunitárias comprometidas com os direitos humanos.

Palavras-chave: Saúde mental; Gestão em saúde; Atenção psicossocial; Educação permanente; Políticas públicas.



ABSTRACT

This study aims to analyze the impact of the lack of managerial training on the effectiveness of the Psychosocial Care Network (RAPS) in Brazil, highlighting the importance of qualification for the consolidation of comprehensive and humanized mental health care. The methodology used was an integrative literature review, analyzing 38 documents, including scientific articles, reports, and official documents published between 2020 and 2025, selected from databases such as SciELO, LILACS, PubMed, and institutional sources. The results show that the lack of specific training for managers compromises strategic planning, service coordination, budget management, and intersectoral integration with education, social assistance, and labor sectors. Furthermore, the lack of training perpetuates hospital-centric practices, hinders psychosocial rehabilitation, and reinforces institutional stigma. On the other hand, successful training experiences, carried out in partnership with universities and technical support centers, have shown improvements in RAPS management, increasing service effectiveness and strengthening primary care as the main access point. It is concluded that continuous managerial training must be treated as a central axis of mental health public policies. Only with well-prepared leadership will it be possible to ensure care continuity, intersectorality, and community-based practices grounded in human rights.

Keywords: Mental health; Health management; Psychosocial care; Continuing education; Public policy.

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental ocupa posição de destaque crescente nas agendas globais e nacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025), uma em cada oito pessoas no mundo convive com algum transtorno mental, o que representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde contemporâneos. No Brasil, esse cenário se soma a desigualdades sociais, estigmas históricos e dificuldades de acesso a cuidados especializados (CARNEIRO; LUCCA, 2024).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Ministério da Saúde, foi criada para garantir atenção integral, comunitária e intersetorial às pessoas em sofrimento psíquico. Apesar dos avanços, persistem entraves relacionados à gestão. Um dos principais obstáculos diz respeito à ausência de formação e capacitação específicas dos gestores responsáveis por implementar e articular os serviços da rede (GAMA et al., 2023; CHAGAS; LINS, 2023).

Esse déficit de preparo impacta desde o planejamento orçamentário até a continuidade do cuidado, dificultando a consolidação de uma rede de atenção integral e humanizada. Este capítulo discute a importância da gestão em saúde mental para a efetivação da RAPS, analisando como a falta de capacitação de gestores compromete a rede e apontando caminhos para fortalecer a governança e a integralidade do cuidado.

2. METODOLOGIA



Adotou-se o método de revisão integrativa de literatura, abrangendo artigos, relatórios e documentos oficiais publicados entre 2020 e 2025. A pesquisa foi realizada nas bases SciELO, LILACS e PubMed, além de documentos do Ministério da Saúde e relatórios da OMS. Foram utilizados descritores como ‘gestão em saúde mental’, ‘RAPS’, ‘governança em saúde’, ‘educação permanente’ e ‘integralidade do cuidado’.

Os critérios de inclusão contemplaram publicações que abordassem o papel dos gestores, seus desafios e a relação com a efetividade da rede de atenção psicossocial. Foram excluídos trabalhos que tratavam apenas da prática clínica sem considerar o contexto de gestão. Ao final, foram analisados 38 documentos, categorizados em três eixos: (1) formação e capacitação de gestores, (2) impactos na articulação e continuidade do cuidado, e (3) estratégias e recomendações para fortalecimento da gestão.

A análise se deu por meio de leitura crítica e síntese narrativa, destacando evidências empíricas e recomendações de políticas públicas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Formação e lacunas na capacitação de gestores

Estudos apontam que muitos gestores municipais e regionais assumem cargos de direção sem possuir formação específica em saúde coletiva ou em saúde mental. Essa ausência de preparo resulta em dificuldades no planejamento de serviços, na articulação entre pontos de atenção e na definição de prioridades alinhadas à lógica da atenção psicossocial (STORTI; STICCA, 2023; CARNEIRO; LUCCA, 2024). Em muitos municípios, a gestão recai em profissionais com trajetória administrativa, sem conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira, sobre práticas comunitárias ou sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Essa lacuna faz com que decisões orçamentárias privilegiem a hospitalização e o uso de psicofármacos, em detrimento de estratégias de reabilitação psicossocial e inserção comunitária.

A literatura ainda evidencia que programas de educação permanente voltados a gestores são escassos. Enquanto existem diversas iniciativas de capacitação para equipes multiprofissionais, há pouca ênfase em preparar gestores para lidar com os desafios de governança e regulação.

3.2 Impactos da gestão insuficiente na consolidação da rede



A insuficiência na formação dos gestores repercute diretamente na organização da RAPS. Entre os impactos mais relatados estão: fragmentação do cuidado, fluxos frágeis de referência e contra-referência, baixa integração intersetorial e dificuldade na execução orçamentária. Usuários que atravessam situações de crise frequentemente encontram barreiras para a continuidade do cuidado após alta hospitalar, retornando ao território sem acompanhamento efetivo. Isso aumenta a reincidência de internações, sobrecarrega serviços de urgência e reduz a eficácia dos dispositivos comunitários.

Além disso, a falta de gestores preparados para negociar com outros setores como educação, assistência social e trabalho limita o alcance de estratégias fundamentais para a reabilitação psicossocial.

3.3 Governança, financiamento e regulação

Outro entrave refere-se à governança e ao financiamento. Gestores sem capacitação adequada encontram dificuldades para elaborar planos regionais, captar recursos e aplicar instrumentos de monitoramento e avaliação. Muitas vezes, a execução orçamentária não corresponde às reais necessidades dos serviços, o que gera subfinanciamento crônico de dispositivos substitutivos.

A OMS recomenda que a liderança em saúde mental seja fortalecida por meio de formação continuada, apoio técnico e desenvolvimento de indicadores sensíveis à qualidade do cuidado (OMS, 2025). Sem gestores preparados, a rede permanece vulnerável a descontinuidades e retrocessos.

3.4 Intersetorialidade e participação social

A saúde mental não se limita ao setor saúde. O cuidado integral exige articulação com políticas de educação, assistência social, habitação e trabalho. Gestores preparados têm maior capacidade de firmar parcerias intersetoriais, promover projetos comunitários e fortalecer práticas de inclusão social. Por outro lado, quando não há formação específica, a gestão tende a restringir-se ao âmbito estritamente biomédico, ignorando a complexidade dos determinantes sociais do sofrimento psíquico (CARLOS et al., 2024).

A participação social, prevista na legislação do SUS, também depende de gestores capazes de estimular o envolvimento de usuários e familiares em conselhos e conferências. Sem essa abertura, a gestão corre o risco de se tornar tecnocrática e distante das necessidades reais da



população.

3.5 Cultura organizacional e estigma institucional

A mudança cultural dos serviços, do modelo hospitalocêntrico para a atenção psicossocial comunitária, depende de lideranças comprometidas. Gestores mal preparados podem reforçar práticas excludentes, como a centralidade da medicação ou a preferência por internações prolongadas. Isso mantém vivo o estigma institucional contra pessoas em sofrimento psíquico (LE GUERROUÉ, 2025). Em contraste, experiências de gestão participativa e fundamentada em direitos humanos demonstram que é possível promover ambientes acolhedores e inclusivos, capazes de apoiar projetos de vida singulares.

3.6 Experiências positivas de formação e apoio

Apesar das dificuldades, há experiências exitosas. Programas regionais de capacitação de gestores, combinando aulas teóricas, supervisão prática e apoio técnico, mostraram avanços significativos na integração da RAPS. Exemplos incluem cursos promovidos em parceria com universidades e núcleos de apoio técnico regional, que auxiliaram municípios a organizar fluxos de atendimento, qualificar indicadores e fortalecer a atenção básica como porta de entrada (TUNDIS et al., 2025). Essas iniciativas reforçam que a formação de gestores é uma condição essencial para a efetividade da rede.

3.7 Recomendações para políticas públicas

A qualificação da gestão em saúde mental no Brasil requer intervenções articuladas em diferentes esferas do poder público, com o objetivo de garantir a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e consolidar o cuidado em liberdade. Com base na análise realizada neste capítulo, destacam-se as seguintes recomendações para o aprimoramento das políticas públicas:

- Criação de diretrizes nacionais para a formação de gestores da RAPS
É necessário que o Ministério da Saúde, em parceria com instituições formadoras, estabeleça diretrizes nacionais para a formação de gestores em saúde mental. Essas diretrizes devem contemplar conteúdos mínimos voltados à gestão intersetorial, planejamento regional, regulação do cuidado, financiamento público e estratégias de combate ao estigma. A formação deve ser obrigatória para cargos de coordenação da



RAPS em nível municipal, estadual e federal.

- Fomento à educação permanente e regionalizada
Os programas de educação permanente precisam ser regionalizados, sensíveis às especificidades territoriais e promovidos em parceria com universidades públicas, escolas de saúde e consórcios intermunicipais. Deve-se garantir a oferta regular de cursos, oficinas, mentorias e suporte técnico que fortaleçam a tomada de decisão baseada em evidências e os princípios da atenção psicossocial.
- Apoio técnico continuado aos municípios
Recomenda-se a ampliação de núcleos de apoio à gestão municipal, com equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, disponíveis para orientar, acompanhar e avaliar a implantação da RAPS. Esse apoio pode ser operacionalizado por meio das CIBs (Comissões Intergestores Bipartite), dos COSEMS (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde) e de pactuações interfederativas.
- Fortalecimento do financiamento e da transparência na execução orçamentária
É urgente rever os mecanismos de financiamento da RAPS, garantindo que os recursos cheguem de forma estável e proporcional às necessidades locais. Além disso, é essencial promover a transparência na execução orçamentária, com a criação de indicadores públicos que permitam monitorar onde e como os recursos estão sendo aplicados.
- Valorização da gestão democrática e da participação social
As políticas públicas devem assegurar espaços legítimos e ativos de participação social, com incentivo à criação e manutenção de conselhos locais de saúde mental. A atuação dos gestores deve ser orientada à escuta ativa da comunidade, à prestação de contas e à construção coletiva de soluções. Gestores que atuam de forma autoritária ou desvinculados das demandas dos usuários enfraquecem os pilares do SUS.
- Articulação com outras políticas públicas
Uma recomendação central é a institucionalização de instâncias intersetoriais permanentes, que articulem a saúde mental com educação, assistência social, habitação, cultura, trabalho e justiça. A atuação isolada do setor saúde é insuficiente diante da complexidade dos determinantes sociais do sofrimento psíquico.
- Monitoramento e avaliação participativa
Propõe-se o desenvolvimento de metodologias participativas de monitoramento da RAPS, que envolvam gestores, trabalhadores, usuários e familiares. A avaliação da gestão não deve se restringir a números de atendimentos ou internações, mas incluir indicadores de acesso, continuidade, vínculo, reinserção e qualidade de vida.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em saúde mental é elemento determinante para a consolidação da RAPS e para a efetivação do cuidado integral. A ausência de capacitação específica entre gestores se traduz em entraves concretos: fragmentação da rede, baixa continuidade do cuidado, dificuldade de articulação intersetorial e manutenção de práticas hospitalocêntricas.

Por outro lado, experiências de formação permanente e apoio técnico demonstram que é possível qualificar a gestão e fortalecer práticas comunitárias. Investir na capacitação de gestores deve ser prioridade das políticas públicas, não apenas como complemento, mas como eixo central da governança em saúde mental. Somente com gestores preparados será possível avançar na construção de uma rede integral, territorializada e comprometida com os direitos humanos.

As análises aqui apresentadas demonstram que a qualificação da gestão em saúde mental é uma tarefa estratégica para o fortalecimento do SUS. Os gestores ocupam posição-chave na mediação entre políticas públicas e realidade dos territórios, sendo responsáveis por decisões que afetam diretamente o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado.

As recomendações propostas não apenas visam corrigir lacunas formativas, mas também reposicionar o papel da gestão como instrumento de transformação institucional. Quando capacitados, apoiados e comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica, os gestores se tornam agentes fundamentais na construção de uma rede acolhedora, humanizada e orientada por direitos.

Portanto, o fortalecimento da gestão deve deixar de ser um aspecto periférico para tornar-se eixo estruturante das políticas de saúde mental no Brasil. Sem esse movimento, qualquer tentativa de consolidar a RAPS estará sempre vulnerável à descontinuidade, à fragmentação e ao retrocesso.

REFERÊNCIAS

CARNEIRO, C. A.; LUCCA, S. G. Desafios na gestão da saúde mental no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 34, n. 2, p. 345-360, 2024.

CHAGAS, M. A.; LINS, F. Gestão em saúde mental: uma revisão crítica. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, p. 45-60, 2023.

CUSINATO, C.; MARTIN, S. T. F. Reforma psiquiátrica: práticas e desafios no cotidiano de trabalhadores de um CAPS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 16, n. 50, p. 19-43, 2024.



GAMA, A. P. S. et al. Gestão da atenção psicossocial: desafios e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, e230440, 2023.

LE GUERROUÉ, M. O estigma institucional na saúde mental. *Revista de Psicologia da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 210-223, 2025.

MARI, J. J. et al. The S20 Brazilian Mental Health Report: building a just world and a sustainable planet. Part I. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 46, e20243706, 2024a.

MARI, J. J. et al. The S20 Brazilian Mental Health Report: building a just world and a sustainable planet. Part II. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 46, e20243707, 2024b.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre saúde mental 2025. Genebra: OMS, 2025.

STORTI, R. A.; STICCA, T. G. Capacitação de gestores em saúde mental: desafios e estratégias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, e3761, 2023.

TUNDIS, R. M. et al. Formação de gestores para a integração da RAPS: relato de experiência. *Saúde em Debate*, v. 49, n. 138, p. 650-662, 2025.



DOI: <https://doi.org/10.58871/consames.v2.11>

**QUIMERA OU COSMOCONSCIÊNCIA?
REFLEXÕES SOBRE A OFICINA EXPERIMENTAL DE CINEMA DIGITAL
DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA DE TABOÃO DA SERRA - SP**

**CHIMERA OR COSMOCONSCIOUSNESS?
REFLECTIONS ABOUT THE DIGITAL CINEMA EXPERIMENTAL WORKSHOP
OF THE CENTER FOR COEXISTENCE AND CULTURE OF
TABOÃO DA SERRA - SP**

RENATO GUENTHER

Psicólogo Clínico
autoestimaresponsavel@gmail.com

Objetivo: O presente artigo visa descrever parte da jornada da Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra - SP e refletir sobre as peculiaridades e potencialidades das experiências de arte e cultura em equipamentos públicos de saúde mental como recursos para expansão de consciência e re-significação das realidades. **Metodologia:** Apresenta resumidamente a operacionalização das Oficinas de Cinema do CECO Taboão. **Resultado:** Reflete os efeitos das oficinas e seu potencial como instrumento de expansão de consciência. **Considerações finais:** Traça um paralelo poético entre os efeitos da oficina e o fenômeno de cosmoconsciência.

PALAVRAS-CHAVE: CECCO. Saúde Mental. Cinema. Consciência Cósmica.

Objective: This article aims to describe part of the journey of the Digital Cinema Experimental Workshop Of the Center for Coexistence and Culture of Taboão da Serra – SP and to reflect about the peculiarities and potentialities of art and culture experiences in public mental health equipments as resources for the expansion of awareness and re-signification of the realities. **Methodology:** Briefly presents the operationalization of the CECO Taboão Film Workshops. **Result:** Reflects the effects of the workshops and their potential as instruments for expanding consciousness. **Final considerations:** Draws a poetic parallel between the workshop's effects and the phenomenon of cosmoconsciousness.

KEYWORDS: CECCO. Mental Health. Cinema. Cosmic Consciousness.

1. INTRODUÇÃO

O cinema é uma arte grupal em sua gênese (MASCARELO, 2006) e só se faz possível numa prática coletiva, pois exige trabalho em equipe, onde todos os componentes são de fundamental importância.

Atuação, cenografia, fotografia, música, edição, entre outros recursos, se mesclam na



obra final que se convencionou chamar de filme (ARONOVICH, 2014). O próprio cinema, como arte e produção estética, se mostra uma quimera ao reunir aspectos de diferentes artes antecessoras, permitindo a captação e expressão em som e imagens do cotidiano, dos sonhos e potencial criativo do ser humano.

“Quando o filme foi apresentado ao grande público, a reprodução da imagem não era propriamente uma novidade. A fotografia já havia surgido e muitas pesquisas eram feitas em torno da possibilidade de reproduzir seqüências de ações. Inicialmente, a principal atração era essa: ver como os movimentos humanos se desenrolavam frente à câmera. Por isso, podemos dizer que o cinema começou como um teatro filmado e procurava recuperar os temas comuns do cotidiano da diversão popular (...)

Nesse processo de criação, não podemos deixar de citar os nomes de Thomas Edison e dos irmãos Louis e Auguste Lumière. O primeiro foi responsável pela introdução do 6 quinetoscópio, máquina de projeção individual de filmes precursora da exibição coletiva inaugurada pelos franceses. Os Lumière empreenderam uma importante elaboração da linguagem cinematográfica. Usavam o cinematógrafo, uma câmera mais leve movida à manivela, que permitia uma liberdade maior na captação das imagens. O ambiente filmado não era mais o estúdio. Cenas da vida cotidiana marcadas pela preocupação de captar o “real”, ou o mais próximo dele, e de conferir a maior naturalidade possível ao objeto reproduzido. Nesse momento, o cinema tem um forte caráter de experimentação científica, apesar de já acenar para seu potencial comercial, com as primeiras sessões públicas pagas em Paris, no ano de 1895, realizadas pelos irmãos franceses.

Dentro desse cinema, também havia espaço para as chamadas atualidades, isto é, cenas de fatos do dia-a-dia, muitas vezes de interesse jornalístico, que representavam a correria da vida moderna (...)” (LIMA, 2006, p. 5 e 6)

Os Centros de Convivência e Cultura surgiram junto aos movimentos de reforma na saúde mental como alternativa ao encarceramento, compondo a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde como espaço para tratamento e inclusão social.

“I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;

II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais;

III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais;” (BRASIL, Portaria SAS/MS Nº 396, 2005. Seção 1, p.60-61)

O Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra é um dos Centros de Convivência do Município, criado em agosto de 1995 e reavaliado a partir da Portaria nº 396, em 2005, com a finalidade de humanização do atendimento ao portador de transtorno mental, promoção de saúde e integração social. Aberto à comunidade, fica dentro do Parque das Hortências, na Praça Miguel Ortega no. 500, em Taboão da Serra (SP). Atende com equipe multidisciplinar, oferecendo oficinas nas áreas de arte, cultura, esporte e saúde, além de



acolhimento técnico, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, primando pela participação, convivência e interação da sociedade como um todo, sendo um espaço de promoção de saúde e encontro humano, com circulação do poder e da palavra (BLOG DO CECO TABOÃO, 2010).

Neste espaço ocorreu a Oficina Experimental de Cinema Digital, da qual este artigo discorrera resumidamente, refletindo sobre seu potencial aglutinador e transformador, e traçando um pretenso paralelo entre seus efeitos e o fenômeno máximo de expansão de consciência denominado cosmoconsciência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra (CECO Taboão).

Uma iniciativa do psicólogo Renato Guenther, acolhida pela equipe multiprofissional, pela coordenação e pelos usuários do Ceco Taboão, a oficina existiu entre 2009 e 2017, com a proposta de familiarizar os participantes ao uso das técnicas e tecnologias que envolvem a produção do cinema digital e permitir a expressão de seus anseios, sentimentos e perspectivas através da confecção conjunta de filmes de curta-metragem em vídeo digital, passando por todas as etapas que envolvem o processo. Em paralelo, eram estudados e discutidos a história do cinema no Brasil e no mundo, os vários tipos de cinema, e ainda exercitadas uma série de habilidades, desde criatividade, foco, atenção, organização, até comunicação, expressão corporal e principalmente convivência em grupo (FONSECA; GUENTHER, 2016).

Os encontros aconteciam as terças-feiras, entre 14h e 16h30. A cada ano, durante as reuniões do primeiro semestre, eram discutidos temas de relevância para os participantes, quando estudávamos gêneros e estilos de linguagem a partir dos interesses do grupo e da história que queriam contar. Seleccionávamos trechos de filmes, produções de audiovisual, livros e histórias em quadrinhos para referências de arte, enquadramento, linguagem e estilo. Em conjunto escrevíamos o roteiro, dividíamos a equipe entre atores, atrizes, assistentes de direção e produção, equipe de som, arte e figurino. Eram feitos ensaios e marcações no cenário que sempre partiam das possibilidades oferecidas pela estrutura do CECO Taboão. Programávamos os últimos 4 ou 5 encontros do semestre para as gravações.

O equipamento e o trabalho de captação de sons e imagens ficava a cargo da Escola de Cinema do então Latin American Film Institute (LATIN AMERICAN FILM INSTITUTE, 2016). A partir da parceria voluntária com esta instituição promovemos o intercâmbio de



conhecimentos e perspectivas. Em troca, oferecemos a certificação na experiência voluntária aos profissionais e estudantes da instituição que se dispuseram a apoiar o projeto. Montagem e edição ficavam a cargo do oficinairo.

“IX - Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações;” (BRASIL, Portaria SAS/MS Nº 396, 2005. Seção 1, p.60-61)

Em parceria com outros setores e secretarias do município eram produzidas cópias da obra finalizada em DVD e distribuídas entre todos os participantes. E os filmes e cenas dos bastidores permanecem atualmente disponíveis ao público na plataforma de vídeos You Tube através do canal do CECO Taboão (CECO Taboão).

Ao longo do segundo semestre os encontros se resumiam a sessões de projeções de filmes variados, com pipoca, seguidos de debates. Além disso, promovemos e participamos de mostras e eventos culturais, concursos, simpósios e congressos.

3. RESULTADOS

Em oito anos, nasceram oito produções de curta-metragem em vídeo digital:

- “Cheirando a confusão” (2017)
- “Hospital da Alegria” (2015)
- “E o quitandeiro... pirou” (2014)
- “O verdadeiro encontro” (2013)
- “Bolacha e refri” (2012)
- “O homem apaixonado” (2011)
- “Buscando a felicidade” (2010)
- “As crianças no parque” (2009)

Veiculadas em concursos e festivais culturais, divulgados também pelo blog da oficina (<https://cinececo.blogspot.com>), chegaram a diversos Estados e municípios, contemplados com prêmios e menções honrosas. Das conquistas:

- Projeto contemplado com o V Prêmio David Capistrano no XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de SP em 2015;

- Filme "E o Quitandeiro Pirou!", contemplado com o 2o lugar na categoria C (usuário e equipe interprofissional com participação de psicólogo) do Prêmio Inclusão Social do Conselho Federal de Psicologia em Brasília, DF, em 2016;



- Filme "O Verdadeiro Encontro", selecionado para o 5º Troféu Graça Aranha de Cinema Amador do Colégio Civitatis em 2014. Selecionado para o CINEPICOS - Festival Nacional de Cinema do Centro Sul do Piauí em 2014. Contemplado na categoria vídeo do VII prêmio Arthur Bispo do Rosário celebrado pelo Conselho Regional de Psicologia de SP em 2014;
- Filme "Buscando a Felicidade", contemplado com o 3o lugar na categoria vídeo do VI prêmio Arthur Bispo do Rosário celebrado pelo Conselho Regional de Psicologia de SP em 2011;
- Projeto selecionado para o 3o Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental em, Florianópolis, SC, 2017;
- Projeto selecionado para o 5o Congresso Brasileiro de Saúde Mental, SP, 2016
- Artigo sobre o projeto publicado no Boletim do Instituto de Saúde vol. 16, 2015;
- Selecionado para o VI SIMPOSIO DE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL, MG, 2015;
- Selecionado para o XII Encontro Catarinense de Saúde Mental, 2015;
- Selecionado para o ABRASCÃO - Encontro Brasileiro de Saúde Coletiva, GO, 2015;
- Selecionado para a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica e Saúde da Família, Brasília, DF, 2014.

Ao longo da experiência, conquistaram-se aliados e admiradores através da candura e do encanto inerentes ao projeto e ao passo que surgiram os resultados. Porém, a maior realização se fez na franca constatação dos progressos cotidianos dos participantes à medida que se demonstravam capazes de expressar e materializar seus anseios. Essa constatação se faz pelo relato dos próprios protagonistas, familiares e colaboradores, oportunamente registrado pelo programa Canal Saúde na Estrada da Fiocruz (CANAL SAÚDE NA ESTRADA, 2016). No episódio em questão, assistimos o relato de J. A. S. sobre seus irmão: “Meu irmão sequer tinha condições de se comunicar com as pessoas, de olhar para as pessoas nos olhos, tinha uma vergonha imensa, se sentia menosprezado, inútil, tinha forte depressão...”. O citado irmão, no entanto, participou de todas as produções, algumas como protagonista, e representou pessoalmente a oficina em Brasília (DF), por ocasião do Prêmio Inclusão Social do Conselho Federal de Psicologia, em 2016 (PRÊMIO..., 2016).

Ao se reconhecerem autores, capazes de criar algo conjuntamente e perceber seu trabalho projetado e contemplado por diferentes audiências, surgiram sentimentos de valor próprio, pertencimento e maior integração social, o que colaborou para a promoção de saúde



como um todo.

“(...) Em outras palavras, inventar seria aqui nada mais que um ato de criar demandas de participação ativa no outro e, com isso, conseguir obturar de alguma maneira as faltas surgidas; faltas que alias são constitutivas do ser humano, embora muitas vezes as vejamos sob as carapaças da incapacidade cognitiva e do delírio, ou de toda a impossibilidade, imputada ao outro, de ver e ouvir e falar, experiências humanas que não são outra coisa que a própria produção do si mesmo.”(DIONISIO; YASUI, 2012, p. 64)

Mas não só os usuários dos serviços de saúde mental do município se beneficiaram. Percebemos também o processo de sensibilização que ocorreu com os profissionais, técnicos e voluntários que se doaram ao projeto. Também as diferentes audiências que tem oportunidade de conhecer esse trabalho tendem a se comover com o tema da inclusão social do diferente através da arte. De fato percebemos um processo de questionamento e conscientização a cerca das fronteiras que delimitam arte e saúde, público e privado, o são e o insano.

Assim como o cinema, esta oficina nasceu marcada por hibridismos. Constituindo um fenômeno que carregou em si características distintas de diferentes espécies. Produto da arte e das linguagens estéticas, encubada por um equipamento de saúde pública municipal, mas em parceria com uma instituição de ensino particular. Mesclando formas, conteúdos, histórias e pessoas em prol do objetivo comum de materializar sonhos.

Quimera, não como o monstro da mitologia grega, parte leão, parte cabra, parte serpente, que cuspiam fogo e aterrorizava aldeões (BRANDÃO, 1987). Uma anomalia, produto incidental da necessidade de dar voz aos inoportunos e da carência de recursos e condições.

Sonho que se sonha junto (SEIXAS, 1974), transpassou fronteiras, mostrando-se forte como a realidade.

No CECO Taboão, cada filme produzido era uma gestação coletiva. Durante a criação de roteiro, personagens e cenários, cada participante colaborava a seu modo, respeitado em suas limitações e estimulado em suas habilidades, de modo que ao final não se podia atribuir o filho a um único pai.

Quanto aos recursos utilizados, partíamos inicialmente das disposições do equipamento público municipal. Mas cada participante acabava colaborando, trazendo peças do próprio guarda-roupas para compor o figurino ou da própria moradia para compor o cenário. Muitas vezes aproveitamos sucata ou objetos desprezados por outros, fazendo o melhor uso possível do que tínhamos, alinhando as possibilidades de cada indivíduo com o tempo, espaço e até as condições climáticas disponíveis.

Inicialmente, quando Nise da Silveira fez uso da arte em asilos manicomial, também sua ousadia e inovação foram vistas com incredulidade (BERLINER, 2016). Diante de tanto



ardor e dedicação, enfrentando tantas limitações das mais diversas ordens, fica claro que não se tratou de algo fácil. Mas se fez imprescindível perceber cada produção como algo lúdico, divertido: causa e consequência da necessidade humana de convivência em grupo.

Assim, alguns eixos fundamentais se delinearam:

- Binômio Arte e Saúde
- Parcerias público/privadas
- Gestações grupais
- Eficiência : “fazemos o melhor com o que temos”
- Diversão : “se não for gostoso não vale a pena”
- Inclusão

Mas se esta oficina não se compôs de meros retalhos ao modo dum monstro como fez o personagem de Mery Sheley no romance Frankenstein (ARAUJO, 2016), o que fermentou seu trabalho?

Segundo Vieira, cosmoconsciência é a condição ou percepção interior da consciência do Cosmos, quando a consciência sente a presença viva do Universo e se torna una com ele (VIEIRA, 1999). O termo é um neologismo para uma condição descrita anteriormente por outro ilustre acadêmico: Richard Maurice Bucke.

Bucke foi, entre outras ocupações, psiquiatra e dirigente de asilos para insanos no Canadá, nos idos de 1870. Reformista e inovador no tratamento de alienados, nutria estreita admiração pelo poeta americano Walt Whitman, de quem foi amigo e biógrafo (HARRISON, 1990).

Em 1901 teria publicado sua grande obra, “Consciência Cósmica” em que trata do fenômeno ímpar que deu nome a seu livro.

Falando de maneira simplista, o fenômeno consistiria numa espécie de expansão de percepção e entendimento, aliado a manifestações físicas bastante marcantes. O estado máximo de consciência do ser humano em que ressignifica sua experiência de existir, percebendo além das fronteiras aparentes. Algo a não ser narrado, mas experimentado e que o próprio autor tentou descrever assim:

“Entre outras coisas em que não chegou a acreditar, percebeu e compreendeu que o Cosmo não é matéria morta e sim uma Presença viva; que a alma do ser humano é imortal; que o universo é tão bem estruturado e ordenado que, sem qualquer possibilidade de erro, todas as coisas trabalham juntas para o bem de cada uma delas; que o princípio fundamental do mundo é o que chamamos de amor e que a felicidade de cada um é a longo prazo absolutamente certa.” (BUCKE, 1996, pág. 43)



Tal fenômeno equivaleria ao que as mais diversas correntes místicas definiriam como iluminação (WHITE, 1997). Estado de percepção de que estamos todos ligados e funcionando em harmonia com uma vontade, que ao mesmo tempo é a vontade de todos e uma vontade maior: transcendente.

Para além do misticismo, Bucke descreve a consciência cósmica como um estado a que o ser humano evoluirá naturalmente assim como evoluiu um dia de uma consciência simplista para a autoconsciência.

Porém não é interesse deste artigo navegar em águas turvas, mas traçar um paralelo entre o fenômeno descrito por Bucke e a prática observada na Oficina Experimental de Cinema Digital do CECO Taboão, pois os trabalhos relacionados aos cuidados com os mentalmente transtornados vêm se valendo cada vez mais de diferentes práticas e olhares, intersetoriais e multiprofissionais (AMARANTE, 2008).

Segundo Lopes (2015), em um Centro de Convivência, o conceito de “nós” é diferente do conceito de eu e o outro:

“(...) implica como um abraço probiótico que mistura perfumes dos corpos distintos quando esse abraço se dá.” (LOPES, 2015, pág. 28)

Quando nos percebemos borrando fronteiras (TAMIS, 2016) entre arte e saúde, público e privado, são e insano, cidadania e exclusão, sonho e realidade, convém questionar se as fronteiras realmente existem ou se são mera reação à inconsciência de um sistema maior. De fato, como equipamentos e sistemas que deveriam funcionar em rede, percebemo-nos como desbravadores deste estado de consciência maior, não criando um monstro, mas trazendo luz para as possibilidades existentes, amadurecendo e evoluindo na prática de saúde mental: expandindo consciências.

“No mito, Narciso se apaixona por sua imagem refletida, apartando-se da verdadeira noção de si, a ponto de desfalecer. A imagem é um recorte do aspecto retratado. Seja às margens de um lago, diante do espelho, em uma fotografia ou em vídeos nas mídias sociais, a imagem é apenas uma fração, incapaz de comportar a majestade do ser. Mas a mente é limitada e seu funcionamento exige o fracionamento. O Ego é essa parte da mente que toma decisões a partir daquilo que consegue perceber. Pautado pelos cinco sentidos e pelos conceitos transmitidos socialmente, dirige nossa percepção e nosso entendimento. A partir de partes, deduz o todo, estabelecendo padrões que preenchem com crenças as lacunas perceptivas. Por não se perceber em plenitude, gera equívocos.” (GUENTHER, 2024, págs. 62-63)

O narcisismo é natural em parte de nossa infância. Conforme crescemos, nem todos amadurecem emocionalmente ou desenvolvem o senso de comunidade. O ego é a fronteira invisível que nos separa do todo. Experiências em grupo e gestações coletivas são



oportunidades de permear essa fronteira, multiplicar perspectivas e expandir consciências. Mais que se ver no outro, é possível ver Deus em si através do outro. A combinação das subjetividades permite criar multiversos de possibilidades:

“Deus é a abrangente Verdade incognoscível para a mente humana. Como a taça que é incapaz de abarcar toda água do oceano, para vislumbrá-lo há que se transcender a mente.

Porém, seguindo o princípio da correspondência, pela parte podemos deduzir o todo. Por analogias, como nos ensina Hermes, permitindo-nos surpreender com o desconhecido a partir da ciência do que nos é conhecido, espiamos Deus pelo buraco da fechadura em nosso próprio peito. Esta abençoada percepção se evidencia na língua portuguesa, quando abstraímos o pronome “EU” da parte central da palavra “DEUS”. O “Eu” está em D(EU)S. Se abstrairmos mais, percebemos Deus como vetor ou força que leva o “Eu” ao infinito.” (LOBO, 2021, pág. 77)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como oficineiro, vi sonhos se tornarem filmes, vi o impossível manifestar-se em arte. Transformei-me e vi pessoas se transformarem. Maldita é a palavra que limita a expressão do homem. Bendita é a palavra que transmite sensações, pensamentos, sentimentos. Que este artigo possa exalar ao menos uma fragrância do que representaram esses oito anos de oficina. O que a mim hoje é óbvio, sofro em sintetizar neste artigo: somos todos um, mas grande parte do sofrimento humano está em crer que existimos isolados.

Quando percebemos mais de nós e dos outros, transformados ao longo do projeto, concluímos que tal experiência proporcionou a abstração do EU como manifestação espontânea do processo de transcendência da ilusão de separação determinada pelo ego analítico humano. Mais que promoção de saúde ou inclusão social, experiências coletivas de arte e convivência podem ser catalisadores da grande “re-união” ou da dissolução do que Helena Blavatsky chamava de ilusão da separatividade. As fronteiras se borram, num prenúncio do fenômeno de consciência cósmica. Afinal:

“Existimos mutuamente, somos membros uns dos outros. A consciência é um vasto oceano e ninguém é uma ilha. Nós nos encontramos e nos fundimos uns nos outros. Não há fronteiras. Todas as fronteiras são falsas.” (Tilopa em: OSHO, 2006, pág. 230)

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ARAUJO, A. F. O monstro de Frankenstein: uma leitura a luz do imaginário educacional. **Revista temas em educação**, v. 23, n. 1. João Pessoa: jan.-jun. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/viewFile/18790/11416> . Acesso em: 27 out. 2016.



ARONOVICH, T. **Fazendo Cinema**, São Paulo: Editora Criativo, 2014.

BERLINER, Roberto. **Nise: No Coração da Loucura**. Filme. Imagem Filmes, Brasil, 2016.

BLOG DO CECO TABOÃO, **Blog do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra**, O que é o CECO???, postagem de 01/03/2010, disponível em:
<https://cecotaboao.blogspot.com/2010/03/o-que-e-o-ceco.html>, Acesso em 07/08/2025

BRANDÃO, J. S. **Mitologia Grega vol. III**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

BRASIL, **PORTARIA SAS/MS Nº 396, DE 7 DE JULHO DE 2005**, Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2005. Seção 1, p.60-61, disponível em:
<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=BibliotecaLegislacao>, Acesso em 07/08/2025

BUCKE, R. M., M.D. **Consciência Cósmica**. Paraná: AMORC, 1996.

CANAL SAÚDE NA ESTRADA, Fiocruz. **SP: Taboão da Serra e Campinas**, programa exibido em 05/10/2015, disponível em:
https://youtu.be/0ISb4sevmqA?si=ySp2ns8xq4FY9_W3 , Acesso em: 07 out. 2025.

CECO Taboão, Canal de vídeos. Disponível em: <https://www.youtube.com/user/cecotaboao> , Acesso em: 07 out. 2025.

DIONISIO, G. H.; YASUI, S. Oficinas expressivas, estética e invenção. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Org.). **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012, p.53 – 65.

FONSECA, E.; GUENTHER, R. **Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra**, In: V Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde 2015. Boletim do Instituto de Saúde, Vol. 16, sup., novembro de 2015, p.37 - 40. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis16suplemento_web.pdf . Acesso em: 27 out. 2016.

GUENTHER, R. **Autoestima: seja responsável pela sua felicidade!**, São Paulo: Scortecci, 2024

HARRISON, Jonh Kent. **Beautiful Dreamers**. Filme, NFB, Canadá, 1990.

LATIN AMERICAN FILM INSTITUTE. **Site institucional**. Disponível em:
<http://lafilm.com.br> Acesso em: 27 out. 2016.

LIMA, J. L., **Cinema e transformação social: variações sobre uma relação tensa**, Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Comunicação Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, 2006, p. 5 e 6, disponível em:
<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/1508/1/JLima.pdf> , Acesso em 07/08/2025

LOBO, I. **Aos que buscam a verdade**, Maringá: Viseu, 2021

LOPES, I. C. **Os Centros de Convivência e a Intersetorialidade**. In: Centros de Convivência e Cooperativa, Cadernos Temáticos, São Paulo: CRP - SP, 2015, p.27 - 31.



MASCARELO, F. (org.). **A história do cinema mundial**, Campinas (SP): Papirus, 2006.

OFICINA DE CINEMA DO CECO TABOÃO. **Blog da Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra - SP**. Disponível em: <http://cinececo.blogspot.com.br> . Acesso em: 27 out. 2016.

OSHO. **Tantra, a Suprema Compreensão**, São Paulo: Cultrix, 2006.

PRÊMIO celebra arte, cultura e trabalho na Saúde Mental. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/premio-celebra-arte-cultura-e-trabalho-na-saude-mental> , Acesso em 07/08/2025

SEIXAS, R. **Prelúdio**. Música, álbum: Gita, Lado B, Faixa 4. Gravadora: Philips, Brasil, 1974.

TAMIS, P. Rede dos Fazedores de Arte na Atenção Psicossocial, artigo apresentado durante a mesa “**Arte, Cultura e Saúde Mental**”. In: 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. São Paulo: ABRASME, 2016.

VIEIRA, W., M.D. **Projeciologia: Panorama das Experiências Fora do Corpo Humano**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia, 1999.

WHITE, J. (org.). **O mais elevado estado da consciência**. 10ª edição, São Paulo: Editora Cultrix/Pensamento, 1997.

