

Ana Cristina Vidigal Soeiro
Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves

Organizadoras

TEMAS EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Contribuições para uma prática
humanizada



TEMAS EM EDUCAÇÃO MÉDICA

**Contribuições para uma prática
humanizada**

Página deixada em branco de forma intencional

Ana Cristina Vidigal Soeiro
Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves

[Organizadoras]

TEMAS EM EDUCAÇÃO MÉDICA

**Contribuições para uma prática
humanizada**



Nota

O conhecimento em ciências da saúde, impulsionado por novas pesquisas e pela experiência clínica em constante expansão, está sujeito a revisões e atualizações frequentes. As informações contidas neste livro, embora baseadas em fontes confiáveis e refletindo o estado da arte no momento da publicação, podem ser suplantadas por novos achados científicos ou por mudanças nas práticas clínicas. Diante da natureza dinâmica das ciências da saúde, o leitor assume um papel indispensável na busca pelo conhecimento atualizado e seguro. A consulta a outras fontes confiáveis, como periódicos científicos indexados e diretrizes clínicas, é fundamental para complementar e confirmar as informações aqui apresentadas. As ciências da saúde, em constante evolução, exigem do leitor uma postura ativa e crítica na busca pelo conhecimento. A informação médica, embora valiosa, deve ser sempre confrontada com outras fontes e discutida com profissionais de saúde qualificados, que podem fornecer orientação personalizada e segura.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por
Editora Neurus – Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

T278

Temas em educação médica: contribuições para uma prática humanizada /
Organização de Ana Cristina Vidigal Soeiro, Oneli de Fátima Teixeira
Gonçalves. – Belém: Neurus, 2025.

Livro em PDF
218 p.

ISBN 978-65-5446-335-5

1. Educação em medicina. I. Soeiro, Ana Cristina Vidigal (Organizadora). II.
Gonçalves, Oneli de Fátima Teixeira (Organizador). III. Título.

CDD 610.71

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira
responsabilidade dos autores.

Todos os direitos sobre este conteúdo são reservados. Nenhuma parte desta
obra pode ser copiada ou reproduzida, seja eletrônica ou fisicamente, por
gravação, fotocópia, distribuição pela internet ou qualquer outro meio, sem
a autorização expressa e por escrito da EDITORA NEURUS LTDA.

Editora Neurus
Belém/PA
2025

Editor-chefe
Tássio Ricardo Martins da Costa
Editora-executiva
Raynara Bandeira da Costa
Editora-técnica
Niceane dos Santos Figueiredo
Teixeira
Assistente editorial
Jobson da Mota Fonseca
Bibliotecária
Janaina Ramos

2025 by Grupo Editorial Neurus
Copyright © Grupo Editorial Neurus
Copyright do texto © 2025 Os autores
Copyright da edição © 2025 Grupo
Editorial Neurus
Direitos para esta edição cedidos ao
Grupo Editorial Neurus pelos autores
e organizadores.

Preparação: Os autores
Revisão: Os autores
Projeto gráfico do miolo: Os autores
Capa: Grupo Neurus
Imagens das capas e do miolo: www.canva.com

A fim de assegurar a qualidade e a confiabilidade do conteúdo publicado, todos os artigos submetidos a esta editora passam por um processo de revisão por pares, realizado por membros do Conselho Editorial. A avaliação é conduzida de forma anônima, garantindo a imparcialidade e o rigor acadêmico.

O Grupo Editorial Neurus preza pela ética e integridade em suas publicações, adotando medidas para prevenir plágio, falsificação de dados e conflitos de interesse. Qualquer suspeita de má conduta científica será rigorosamente investigada, com base em critérios acadêmicos e éticos.

CONSELHO EDITORIAL

| | |
|---|--|
| Sting Ray Gouveia Moura | Doutor, Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasil. |
| Adriana Letícia dos Santos Gorayeb | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Ana Caroline Guedes Souza Martins | Doutora, Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Brasil. |
| Simone Aguiar da Silva Figueira | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Selma Kazumi da Trindade Noguchi | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |

| | |
|---|--|
| Sarah Lais Rocha | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Suanne Coelho Pinheiro Viana | Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil. |
| Anne Caroline Gonçalves Lima | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Isis Ataíde da Silva | Doutoranda, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil. |
| Daniel Figueiredo Alves da Silva | Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Elcilane Gomes Silva | Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Alfredo Cardoso Costa | Doutor, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Renata Campos de Sousa Borges | Doutora, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil. |
| Nathalie Porfirio Mendes | Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil. |
| Leopoldo Silva de Moraes | Doutor, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil. |
| David José Oliveira Tozetto | Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Elisângela Claudia de Medeiros Moreira | Doutora, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil. |
| Benedito do Carmo Gomes Cantão | Doutorando, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil. |
| Vanessa Costa Alves Galúcio | Doutora, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Brasil. |
| Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues | Doutoranda, Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Brasil. |

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Cristina Vidigal Soeiro

Psicóloga, Doutora em Ciências Sociais / Antropologia, Universidade Federal do Pará. Mestrado em Ciências / Psicologia da Saúde / Nihon Joshi Daigaku/Japan Women's University (Tokyo/Japão), Especialista em Psicologia Clínica Abordagem Psicanalítica (UFPA) e em Terapia Familiar, Universidade do Estado do Pará. Professora adjunta da Universidade do Estado do Pará, com atuação nos cursos de Medicina, Fisioterapia e Saúde Coletiva.

Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA/UEPA) e integrante do Projeto de Pesquisa Formação Profissional para a Docência em Saúde: Avaliação, Estratégias de Ensino e Integração com os Serviços de Saúde", na linha de pesquisa "Fundamentos e Metodologias em Ensino em Saúde na Amazônia. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Formação e Práticas em Saúde (UEPA).

Membro da Sociedade Brasileira de Bioética e do Coletivo de Formadores e Apoiadores da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS Pará. Organizadora e co-autora do livro "Ensaio em Bioética e Cuidado em Saúde". Belém, Pará, Brasil.

Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Educação (UFMG). Pós-Doutora em Educação (USP/SP). Mestra em Psicologia Clínica e Social (UFPA). Especialista em Psicologia Educacional (PUC/MG). Especialista em Psicologia Hospitalar (NEMETON/SP).

Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará. Docente nos cursos de Medicina, Fisioterapia, Saúde Coletiva e Educação. Autora do Serviço de Apoio Psicológico e Pedagógico ao Estudante-CCSE/Uepa.

Autora do Serviço de Apoio Psicológico e Pedagógico ao Estudante-CCBS/Uepa. Organizadora do livro “Serviço de Apoio Psicológico e Pedagógico ao Estudante -SAPPE: 15 anos de atuação na Universidade do Estado do Pará,” 1ª edição e 2ª edição ampliada. Belém, Pará, Brasil.

SOBRE OS AUTORES

- Abner Davi Costa da Rocha** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Alberto Vieira de Souza Neto** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Alef Ferreira Pereira** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Ana Cristina Vidigal Soeiro** Psicóloga, Doutora em Ciências Sociais / Antropologia, Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.
- Ana Lygia dos Santos Corrêa Prado** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- André Souza de Carvalho** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Beatriz Virginia Bagarrão Guedes de Oliveira Neves** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Carine Cristina Santos Blanco** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- César Furtado** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- David Borges Gonçalves** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Eduardo Costa Silveira Aguiar** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

| | |
|--|--|
| Eluan Geovanni Ferreira Pinheiro | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Enzo Soares de Almeida | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Felipe Furtado Freitas | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Gabriel Miranda da Costa | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Gabriel Pinto | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Geanne Rayssa Monteiro | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Gianluca Cerqueira Grisolia | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Giovanna Rodrigues da Silva de Oliveira | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Glicia de Albuquerque Freitas | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Guilherme Muller Lopes Alves Ferreira | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Guísela Gabriela Silveira de Souza | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Gustavo Bordalo Ferraz Santos | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |

| | |
|---|--|
| Gustavo Oliveira de Souza | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Helena Cristina Maués Monteiro | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Henrique Benatti Rodrigues Pereira | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Ially Melissa Magalhães | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Jéssica Batista Souza | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| João Gabriel Alves Barros | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| João Pedro Ruffeil Oliva | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| João Vitor dos Santos Vasconcelos | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| João Vitor Ferreira de Oliveira | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Júlia Oliveira Pimentel | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Kevin Koji Yamaga | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Larissa Espíndola Lobato | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |

- Laura da Cruz Sena** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Laysa Martins Silva** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Marcelo Passos** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Maria Luiza Bentivi Machado** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Marina Barros Coelho** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Mayana Marques Lisboa** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Miriam Flávia Moura de Souza** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves** Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Educação (UFMG). Pós-Doutora em Educação (USP/SP). Belém, Pará, Brasil.
- Paulo Victor Guterres Ribeiro** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Rafael Souza** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Rafaela Carvalhaes Matias** Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.
- Renato Cardoso de Oliveira** Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

| | |
|---|--|
| Rubem Cantão da Silva Neto | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Sabine Goulart de Andrade | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Saulo Câmara Monteiro | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Valentina Aiko Macedo Kisen | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Vanessa de Cássia Souza Ferreira | Acadêmica de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Victor Gaudencio de Almeida Pureza | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |
| Yuri Victor Cruz de Araújo | Acadêmico de Medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. |

Página deixada em branco de forma intencional

APRESENTAÇÃO DA OBRA

A presente obra foi organizada com o intuito de fomentar reflexões sobre temáticas necessárias à educação médica, tendo como eixo de discussão contribuições oriundas de diferentes áreas do conhecimento incluindo as ciências sociais, psicologia, psicanálise, bioética, fenomenologia, entre outras.

Trata-se de uma coletânea de textos organizados à luz das Humanidades Médicas, os quais suscitam importantes contribuições para analisar o papel que a Medicina exerce diante dos desafios que atravessam o contexto sanitário brasileiro.

No total, a obra apresenta oito capítulos que abordam, sob diferentes enfoques, questões que atravessam o cotidiano da formação e prática médica, como a Integralidade, Subjetividade e Sintoma, Empatia, Humanização, Oncologia, Violência, Desigualdades Sociais e Saúde Mental, incluindo os aspectos éticos, sociais e políticos que incidem sobre o cenário da Medicina.

Os capítulos foram construídos sob uma diversidade de perspectivas, o que contribui para enriquecer o debate sobre a formação médica, permitindo uma compreensão mais ampla das competências necessárias ao profissional de saúde no século XXI, bem como dos contextos socioculturais e políticos que influenciam sua atuação.

Os textos dialogam com as diretrizes curriculares nacionais, com os princípios do Sistema Único de Saúde e com os debates contemporâneos em torno da interdisciplinaridade no cuidado em saúde.

Mais do que oferecer respostas prontas, a coletânea de textos se propõe a provocar o pensamento, a estimular o

diálogo e a troca de saberes, e a contribuir para a consolidação de uma educação médica que seja, de fato, comprometida com a equidade, com a ética e com a transformação social.

Acreditamos que a formação médica precisa ser, antes de tudo, formadora de sujeitos críticos, sensíveis às realidades do território e comprometidos com a defesa da vida a partir de um olhar humanizado.

Dessa forma, Temas em Educação Médica configura-se como uma contribuição oportuna e necessária para o campo da educação e do ensino em saúde, especialmente em um contexto marcado por incertezas e transformações aceleradas.

Desejamos que a leitura desta coletânea inspire práticas pedagógicas mais críticas, inovadoras e comprometidas com a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e solidária.

Que cada capítulo possa provocar reflexões e alimentar a formação de profissionais sensíveis às realidades do território, fortalecendo o compromisso ético e a responsabilidade social de todos que escolheram a Medicina como caminho de cuidado e transformação.

As organizadoras.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 19 |
| A INTEGRALIDADE COMO DIRETRIZ NA PRÁTICA MÉDICA: A ABORDAGEM CLÍNICA PARA ALÉM DOS ÓRGÃOS | |
| <i>Abner Davi Costa da Rocha; Eduardo Costa Silveira Aguiar; Gabriel Miranda da Costa; Júlia Oliveira Pimentel; Saulo Câmara Monteiro; Yuri Victor Cruz de Araújo; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro</i> | |
| CAPÍTULO 2 | 41 |
| SUBJETIVIDADE E ADOECIMENTO: UMA PERSPECTIVA DE COMPREENSÃO DO SINTOMA | |
| <i>Gianluca Cerqueira Grisolia; Guilherme Muller Lopes Alves Ferreira; João Gabriel Alves Barros; João Vitor dos Santos Vasconcelos; Kevin Koji Yamaga; Rubem Cantão da Silva Neto; Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves</i> | |
| CAPÍTULO 3 | 61 |
| EMPATIA E FORMAÇÃO MÉDICA | |
| <i>Alberto Vieira de Souza Neto; Beatriz Virginia Bagarrão Guedes de Oliveira Neves; Carine Cristina Santos Blanco; Enzo Soares de Almeida; Laura da Cruz Sena; Sabine Goulart de Andrade; Victor Gaudencio de Almeida Pureza; Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves</i> | |
| CAPÍTULO 4 | 85 |
| HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UM OLHAR PARA ALÉM DA DOENÇA | |
| <i>André Souza de Carvalho; Glicia de Albuquerque Freitas; Helena Cristina Maués Monteiro; Miriam Flávia Moura de Souza; Laysa Martins Silva; Vanessa de Cássia Souza Ferreira; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro</i> | |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 5 | 111 |
| COMUNICAÇÃO MÉDICA NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA: O PACIENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE | |
| <i>César Furtado; Gabriel Pinto; Gustavo Bordalo Ferraz Santos; João Vitor Ferreira de Oliveira; Marcelo Passos; Rafael Souza; Renato Cardoso de Oliveira; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro</i> | |
| | |
| CAPÍTULO 6 | 135 |
| VIOLÊNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MANEJO MÉDICO | |
| <i>Ana Lygia dos Santos Corrêa Prado; Eluan Geovanni Ferreira Pinheiro; Jéssica Batista Souza; Larissa Espíndola Lobato; Marina Barros Coelho; Rafaela Carvalhaes Matias; Valentina Aiko Macedo Kisen; Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves</i> | |
| | |
| CAPÍTULO 7 | 161 |
| A MEDICINA NO CENÁRIO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS | |
| <i>David Borges Gonçalves; Geanne Rayssa Monteiro; Giovanna Rodrigues da Silva de Oliveira; Gustavo Oliveira de Souza; Ially Melissa Magalhães; Maria Luiza Bentivi Machado; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro</i> | |
| | |
| CAPÍTULO 8 | 191 |
| SAÚDE MENTAL E VIDA UNIVERSITÁRIA: REPERCUSSÕES PARA A FORMAÇÃO DOS FUTUROS MÉDICOS BRASILEIROS | |
| <i>Alef Ferreira Pereira; Felipe Furtado Freitas; Henrique Benatti Rodrigues Pereira; João Pedro Ruffeil Oliva; Mayana Marques Lisboa; Paulo Victor Guterres Ribeiro; Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves</i> | |
| | |
| ÍNDICE REMISSIVO | 217 |



1

A INTEGRALIDADE COMO DIRETRIZ NA PRÁTICA MÉDICA: A ABORDAGEM CLÍNICA PARA ALÉM DOS ÓRGÃOS

*Abner Davi Costa da Rocha; Eduardo Costa Silveira
Aguiar; Gabriel Miranda da Costa; Júlia Oliveira
Pimentel; Saulo Câmara Monteiro; Yuri Victor Cruz
de Araújo; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana
Cristina Vidigal Soeiro*

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos e a ampliação do conceito de saúde, tornou-se fundamental considerar o adoecimento como um processo complexo e ampliado, com componentes biopsicossociais e espirituais. Assim, a Medicina passou a reconhecer a importância de uma abordagem baseada na integralidade, que considere o paciente como um todo, e não apenas um conjunto de sintomas.

Nas últimas décadas, a integralidade vem ganhando cada vez mais espaço na prática médica, bem como no acervo de produções científicas sobre o processo saúde-doença, com importantes impactos para o aprimoramento da relação médico-paciente.

AS LIMITAÇÕES DO MODELO BIOMÉDICO E A NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DO OLHAR DA MEDICINA

Nas últimas décadas, a Medicina tem reconhecido cada vez mais as limitações do modelo biomédico na prática clínica, especialmente em razão de seu caráter reducionista e mecanicista. Trata-se de um paradigma predominante, principalmente nos séculos XIX e XX, que se fundamenta em duas bases: a primeira define que a Biologia e a Fisiologia podem ser resumidas a reações físicas e químicas; e a segunda, que defende o dualismo entre mente e corpo (Bolton et al., 2023).

Tal dualismo limita o enfoque multidisciplinar de muitas patologias, uma vez que exclui a participação de diversos processos na manifestação de sintomas físicos, a menos que possam ser reduzidos a causas ou fatores puramente biológicos e/ou bioquímicos.

Ao longo da história da Medicina, tal concepção favoreceu abordagens médicas centradas na doença, concebida como um desequilíbrio biológico. Nessa perspectiva, se busca a etiopatogenia dos sintomas, priorizando-se a investigação diagnóstica como base de toda a terapêutica médica, com foco na análise dos sintomas, em exames laboratoriais e exames de imagens.

Assim, as opções de tratamento estão voltadas a remover o agente causador da doença, o que levaria à supressão e/ou melhora dos sintomas. Entretanto, ao separar corpo e mente, fragmenta-se o cuidado, sem levar em conta o paciente como pessoa, o que pode levar a resultados limitados ou até mesmo adversos, durante as intervenções médicas (Wayne et al., 2021).

É inegável que a abordagem biomédica foi importante para o desenvolvimento da ciência médica em seus primórdios, ao impulsionar significativamente o entendimento humano sobre as doenças e seus tratamentos. Além disso, também se mostrou eficiente no tratamento de enfermidades agudas e emergências, as quais puderam ser melhor compreendidas e tratadas.

Porém, hodiernamente, com a crescente incidência de patologias crônicas, a interação complexa entre fatores físicos, sociais e emocionais que contribuem para a saúde e o bem-estar do ser humano se mostra fundamental em diferentes aspectos do atendimento clínico (Martyushev-Poklad et al., 2022).

Nesse contexto, com o intuito de demonstrar a tangibilidade do impacto que os fatores sociais e emocionais têm em sintomas físicos, Reich et al (2023), analisando um grupo de pacientes alemães com sintomas dermatológicos, demonstrou associações entre os sintomas apresentados, a evolução desses sintomas e as variáveis sociodemográficas.

Os autores chegaram à conclusão de que a visão integrativa do paciente é de extrema importância, visto que o modelo biomédico, sozinho, não consegue apontar todas as relações necessárias para integrar os fatores sociais e psicológicos que definem tanto o agravamento, quanto a eficácia do tratamento para os sintomas estudados (Reich et al., 2023).

Na atualidade, a Psicanálise, a Psicossomática e a Medicina Centrada no Paciente são algumas áreas que reforçam a importância da adoção de uma perspectiva integral de compreensão do sintoma na Medicina, que não se reduza aos processos fisiológicos.

A Psicossomática, por exemplo, representa uma abordagem integral que é fruto de uma tradição filosófica que busca entender o homem e o seu adoecimento conjuntamente, mediante a integração de saberes e de distintas áreas do conhecimento (Gonçalves; Ribeiro, 2023).

Reconhecer as mudanças históricas que ocorreram na Medicina se torna imprescindível para compreender como diferentes formas de conceber o cuidado médico trouxeram implicações à prática clínica.

Principalmente, sobre como o modelo biomédico fortaleceu um processo de fragmentação do cuidado, em detrimento de uma abordagem humanizada e verdadeiramente centrada no paciente, ainda que ele tenha sido de grande importância à consolidação do conhecimento médico.

A integralidade é um dos princípios estruturantes e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), e abrange os três níveis de atenção à saúde. Embora signifique um avanço para o reconhecimento das diferentes variáveis que condicionam o processo saúde/doença, ainda é um desafio no cotidiano de muitos profissionais, incluindo médicos,

visto que o modelo biomédico persiste em muitos currículos da formação em saúde. Consequentemente, a predominância desse paradigma nos espaços de formação médica, acaba reforçando práticas centradas na doença e no tratamento, com pouca visibilidade aos componentes psicológicos, sociais e espirituais (Dias et al., 2018).

DA FRAGMENTAÇÃO AO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

A fragmentação do cuidado é uma peculiaridade presente na formação e na prática médica, representada principalmente pela pouca valorização e falta de diálogo entre diferentes saberes. Tal característica se perpetua ao longo da trajetória profissional, também como resultado do elevado número de residências e especialidades médicas.

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece 55 especialidades médicas, ao passo que são reconhecidas 62 áreas de atuação médicas, as quais se baseiam na localização do órgão descrito (Imprensa Nacional, 2024).

Esta realidade é reflexo dos avanços tecnológicos e científicos, que favoreceram o estudo aprofundado de patologias de caráter complexo, e fortaleceram a elevada especialização do saber médico.

Ao longo de seu desenvolvimento científico, a Medicina evoluiu bastante, ao ponto de tratar casos clínicos difíceis e doenças até então incuráveis, permitindo a melhora da qualidade das intervenções médicas.

Entretanto, a formação de médicos ultra especialistas, em detrimento da formação de médicos com uma visão mais holística, que também considerem o contexto psicossocial e o atendimento individualizado, é um dos fatores

responsáveis pela fragmentação do cuidado citada anteriormente.

Em grande medida, o contexto social para as escolhas na carreira médica também é um aspecto a ser considerado, visto que muitos médicos são formados em um ambiente que perpetua a fragmentação das intervenções.

A especialização médica não é somente o meio pelo qual se consegue a excelência médica, de modo a maximizar os conhecimentos técnicos em prol da atenção à saúde, mas também se trata de um mecanismo de obtenção de status e poder social (Façanha; Montenegro; Bomfim, 2024).

Entretanto, há especialidades que são altamente técnicas e privilegiam uma abordagem mais mecanicista, em detrimento a uma abordagem mais integral, como aquelas vinculadas à Atenção Primária em Saúde (APS).

A defesa de uma abordagem médica centrada no paciente foi impulsionada pela necessidade de reconhecer o paciente como protagonista e co-autor no processo de cuidado (Levitan; Schoenbaum, 2021).

Essa abordagem valoriza os aspectos biológicos da doença, mas também reconhece que os fatores psicossociais e culturais também interferem no processo saúde/doença. Assim, contribui também para a tomada de decisões compartilhadas, fortalecendo a autonomia do indivíduo e a integralidade do cuidado.

É possível observar como o cuidado centrado no paciente traz diversas vantagens em relação ao cuidado fragmentado, dentre elas, a maior eficácia do cuidado, com melhor resposta terapêutica, além do uso de menor número de exames complementares e menor necessidade de encaminhamento para especialistas (Steawart et al., 2000).

Consequentemente, a abordagem integral traz uma série de benefícios, não somente para a saúde do indivíduo,

mas também para o sistema de saúde como um todo, indo muito além da relação médico-paciente.

Na Medicina, a importância do cuidado centrado no paciente reside na construção de uma relação terapêutica mais humanizada, empática e eficaz, e que promova maior adesão ao tratamento, satisfação do paciente e melhores desfechos clínicos (Yogui; Magalhães; Bivanco-lima, 2024).

Tais temas têm estimulado a valorização de diferentes habilidades e competências médicas, bem como a inclusão de diversos componentes curriculares na formação acadêmica, a exemplo da disciplina de humanidades médicas, com caráter interdisciplinar, que congrega professores das mais diversas áreas, como Filosofia, Sociologia e Psicologia (Yogui; Magalhães; Bivanco-lima, 2024).

A integração entre diferentes áreas permite ao futuro médico o desenvolvimento de habilidades que vão muito além do tratamento de condições fisiológicas e patológicas, pois ensejam o desenvolvimento do senso crítico, e do entendimento da importância de abordar o paciente como um todo, indo muito além da visão tecnicista e mecanizada, cujo foco é apenas a doença, e não o paciente como ser biopsicossocial.

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE, HUMANIZAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A relação médico-paciente constitui um dos principais pilares da prática médica e é essencial para assegurar a qualidade do cuidado e a satisfação dos usuários no SUS. Esta relação evoluiu de um modelo paternalista, centrado na autoridade do médico, para um modelo mais colaborativo e focado nas necessidades do paciente, em

consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS.

Essa mudança de paradigma é imprescindível para o SUS, pois garante que todos os usuários, independentemente de sua origem ou condição social, recebam um atendimento que respeite sua autonomia e individualidade.

A universalidade assegura o acesso a todos, a equidade busca adaptar o cuidado às necessidades específicas de cada grupo, e a integralidade promove uma visão holística do paciente, considerando não apenas a doença, mas o contexto biopsicossocial em que ele está inserido. Assim, a relação médico-paciente colaborativa torna-se um instrumento para concretizar esses princípios, permitindo que o cuidado seja mais personalizado e centrado no usuário (Brasil, 2023).

A humanização do cuidado amplia essa perspectiva ao incorporar aspectos éticos, emocionais e sociais na prática médica, fortalecendo a abordagem integral do paciente. No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2003 pelo Ministério da Saúde, reforçou a importância de práticas que incentivem a comunicação qualificada e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais, gestores e usuários do sistema.

Nesse contexto, a escuta ativa e o respeito à autonomia do paciente ganham protagonismo, permitindo que ele participe ativamente do processo de cuidado e decisões terapêuticas.

A ampliação do olhar médico para além da doença também permite identificar fatores de risco, como condições sociais e emocionais, que impactam diretamente na saúde. A interação entre as equipes de saúde, com o incentivo à troca de saberes e experiências, fortalece o trabalho

multidisciplinar, potencializando a eficácia das intervenções.

Dentre as diretrizes da PNH, a Clínica Ampliada possui lugar de destaque, afirmando a importância de uma atenção em saúde que vai além do foco exclusivo na doença ou nos sintomas biológicos (Brasil, 2023).

A humanização, nesse contexto, ultrapassa os aspectos técnicos da Medicina. Práticas como a escuta ativa, o acolhimento e o respeito às singularidades dos indivíduos tornam-se fundamentais para construir relações de confiança e para melhorar a adesão dos pacientes às terapias propostas.

Estudos demonstram que a maioria dos pacientes avalia positivamente o atendimento médico, com 86% relatando satisfação e 84% afirmando confiar nos profissionais de saúde (Santos et al., 2020).

Apesar dos dados animadores, foi observado que a ausência de contato visual em cerca de 20% das consultas impactou negativamente a percepção de humanização. Assim, ainda que a Política Nacional de Humanização tenha avançado no fortalecimento de práticas centradas no paciente, persistem desafios estruturais importantes, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a escassez de recursos e as limitações da infraestrutura (Santos et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe novos desafios para a humanização do cuidado, com a necessidade do distanciamento físico e o aumento da utilização de tecnologias como a telemedicina. Embora o contato humano tenha sido limitado, a integração de tecnologias de comunicação com princípios humanísticos foi destacada como essencial para preservar a centralidade do paciente durante o período pandêmico (Brasil, 2023).

Além dessas estratégias, outras ações têm sido propostas desde então, incluindo a valorização de práticas de acolhimento e a criação de ambientes mais favoráveis ao cuidado humanizado, discussão que reforça a importância da integralidade para o cuidado em saúde.

Dados mostram que profissionais capacitados em habilidades de comunicação empática conseguem promover maior satisfação entre os pacientes e melhores desfechos clínicos (Santos et al., 2020).

Ferramentas da PNH, como a Clínica Ampliada e o Acolhimento, também têm se mostrado eficazes. Um exemplo disso é um estudo realizado em 2024, em Jaú, São Paulo, que apontou alta satisfação dos usuários das unidades de Saúde da Família, associada a práticas de humanização na recepção e no atendimento médico (Quevedo; Castro, 2024).

O uso de tecnologias, como os prontuários eletrônicos e a própria telemedicina, quando utilizados de forma a complementar e não substituir o contato humano, pode fortalecer a continuidade do cuidado e favorecer a relação médico-paciente. Essas inovações tecnológicas não apenas otimizam o fluxo de informações, mas também permitem que os profissionais de saúde acompanhem de perto a evolução do paciente ao longo do tempo.

A telemedicina, por exemplo, possibilita consultas à distância, especialmente para pacientes em áreas remotas ou com dificuldades de locomoção, garantindo o acesso contínuo a cuidados especializados sem a necessidade de deslocamento.

Da mesma forma, os prontuários eletrônicos facilitam a comunicação entre as diferentes equipes de saúde, integrando dados relevantes sobre o histórico do paciente e promovendo um cuidado mais personalizado e eficiente.

Nesse sentido, o lançamento do novo modelo de cuidado pelo Ministério da Saúde, em abril de 2024, que busca ampliar o acesso a especialistas e integrar a atenção primária à atenção especializada com foco na humanização, representa um importante avanço (Brasil, 2024).

A humanização da relação médico-paciente é um componente indispensável para a qualificação do SUS, representando não apenas um ideal ético, mas uma necessidade prática para garantir a qualidade e a efetividade dos serviços prestados.

Nesse aspecto, superar os desafios estruturais e fortalecer práticas baseadas na empatia, na comunicação e no respeito às singularidades são caminhos promissores para consolidar um sistema de saúde mais justo e humano.

Além disso, não é possível dissociar a humanização da integralidade, pois ambas são diretrizes para o funcionamento do SUS, devendo influenciar a relação médico-paciente (Quevedo; Castro, 2024).

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA INTEGRALIDADE NO SUS: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA?

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela abrange as várias dimensões do cuidado ao indivíduo e orienta a oferta de fato de serviços equitativos e universais, dando ferramentas para ratificar os seus dois outros princípios norteadores. Ela, por si só, carrega uma gama de sentidos que entrelaçam a noção de continuidade no cuidado da comunidade para a promoção do bem-estar e de uma organização pública dos deveres e direitos frente à política de saúde (Mattos, 2009).

No entanto, a materialização desse princípio enfrenta desafios devido à fragmentação na assistência clínica e à

preponderância de um modelo biomédico que ainda se centra na doença, e não na pessoa que tem a doença.

No contexto médico, a história clínica deve ser traduzida para a linguagem e para o contexto de vida do paciente. Essa tradução garante que o autor da história clínica seja o próprio sujeito, permitindo que ele possa tomar consciência, compreender e intervir sobre o seu processo de adoecimento.

Visto isso, a entrevista médica não pode ser transversal, como a anamnese conhecida, mas precisa ampliar-se a cada encontro, ao longo do processo de cuidado. Tal encontro pressupõe um vínculo, no qual médico e paciente possam se reconhecer como protagonistas do cuidado (Yogui; Magalhães; Bivanco-lima, 2024).

O vínculo em torno do qual se estrutura a história clínica requer explorar a enfermidade em seu ambiente histórico, social e cultural, compreendendo-a à luz da experiência e das percepções do próprio sujeito.

Para alcançar esse objetivo, é essencial que médicos compreendam a pessoa em sua totalidade, levando em consideração suas relações, o ambiente em que vive e as interações que estabelece consigo mesma, com os outros e com o meio.

Com base nessa compreensão, deve-se identificar ações que promovam um maior bem-estar existencial e, a partir disso, criar em conjunto um plano de cuidado integral, que faça sentido na vida do paciente.

Além do aspecto relacional, a integralidade também opera na forma como os diferentes níveis de atenção em saúde dialogam entre si, o que requer diálogo com diferentes serviços e profissionais (Souza, 2025).

Nesse sentido, a estratificação em três níveis de atenção pelo SUS permite um olhar mais específico sobre as

necessidades de cada campo da saúde, o que não significa que esses níveis devam atuar de forma isolada — ao contrário, é justamente a integralidade que deve nortear a articulação entre eles, viabilizando uma abordagem clínica longitudinal centrada no paciente (Santos et al., 2025).

Assim, a integralidade não se faz somente no reconhecimento das diversas demandas em saúde, mas também no direcionamento e resolubilidade de tais demandas e necessidades em saúde de forma coletiva,

A APS é considerada a porta de entrada preferencial do sistema de atenção à saúde, tendo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) um importante instrumento de fortalecimento desse nível no SUS (Tolazzi; Grendene; Vinholes, 2022).

No entanto, estudos indicam que os serviços da APS ainda carecem de um diálogo mais efetivo com os demais níveis de atenção, o que compromete a integralidade e a continuidade do cuidado.

Carvalho, Condessa e Vidal (2023) constataram que mais da metade dos pacientes encaminhados para serviços especializados não retornaram à APS após o atendimento, e apenas 15,3% tinham registros formais com orientações para esse retorno.

Essa fragilidade compromete o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, dificultando a integração entre os níveis de atenção e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado ofertado (Maliska; Marinho; Zappe, 2022).

No âmbito da atenção secundária e terciária, a integralidade se expressa na capacidade de oferecer não apenas cuidados especializados, mas também de estimular o vínculo e a articulação com a rede de atenção primária (Carvalho; Condessa; Vidal, 2023).

Ademais, ainda que a atenção terciária compreenda um cuidado técnico centrado em hospitais de alta complexidade, a presença de equipes multiprofissionais deve favorecer a integralidade, incentivando o acolhimento da subjetividade e a escuta qualificada às diferentes demandas em saúde (Garcia, 2023).

Atualmente, o que se observa é uma espécie de subsídio cruzado, no qual o SUS assume parte significativa do financiamento da rede privada, sem que isso necessariamente se traduza em acesso equânime para toda a população (Godoy; Rocha, 2024). Diante desse contexto, observa-se que a implementação da integralidade em saúde enfrenta obstáculos estruturais que dificultam uma abordagem mais humanizada e holística.

O subfinanciamento do SUS, a carência de profissionais capacitados e a resistência às mudanças necessárias nos processos de trabalho dificultam a efetivação de um dos princípios essenciais para o bom funcionamento do SUS, a integralidade.

Apesar desses desafios, iniciativas demonstram que a integração entre promoção, prevenção e cuidado é viável quando há gestão participativa e articulação em rede (Garcia, 2023).

Assim, compreende-se que as possibilidades de avanço residem na educação permanente dos profissionais, no fortalecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado e na incorporação de tecnologias que valorizem o vínculo e a escuta qualificada.

Experiências bem-sucedidas mostram que a integralidade se fortalece com a intersetorialidade, a participação social e a adaptação dos serviços às necessidades territoriais (Garcia, 2023).

Embora os desafios sejam significativos, a reorganização dos processos de trabalho e o compromisso com a equidade podem transformar a integralidade, de um princípio teórico a uma prática consolidada no SUS. Na Medicina, uma das barreiras a ser enfrentadas é a predominância do modelo biomédico, que prioriza a doença em detrimento do sujeito, fragmentando o cuidado e reduzindo a autonomia do usuário do serviço em questão.

Como resultado, observa-se a excessiva medicalização, as limitações da formação profissional para lidar com os saberes tradicionais, e a pouca ênfase em abordagens holísticas, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), tão importantes para a integralidade das intervenções médicas (Silva; Padilha, 2022).

Outro obstáculo inclui a comunicação verticalizada entre profissionais e usuários, que é resultado da persistência de paradigmas comunicacionais hierárquicos. Em tais modelos de relação, o médico é visto como superior e detentor de autoridade, dificultando a construção de vínculos e a escuta qualificada.

Adicionado a isso, a falta de articulação entre os níveis de atenção em saúde e a resistência a mudanças nos processos de trabalho também intensificam as barreiras que tornam inviabilizados os arranjos desse processo, especialmente quando se coloca em prática o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que exige reorganização de fluxos e valorização da subjetividade (Campos; Figaro, 2021).

As possibilidades de avanço na integralidade no cenário da prática médica residem na valorização da humanização do cuidado — por meio da escuta ativa, do

planejamento terapêutico compartilhado e da consideração do contexto biopsicossocial (Alcântara; Moraes, 2023).

Consequentemente, a melhora da comunicação, a horizontalização da relação médico-paciente e a incorporação de tecnologias humanizadas (como o vínculo e a empatia) podem e devem transformar a qualidade da prática clínica (Campos; Figaro, 2021).

No entanto, a operacionalização da integralidade também depende da educação permanente, da intersetorialidade e da adaptação dos serviços às necessidades territoriais, viabilizando um cuidado mais equitativo e eficaz dentro do SUS.

EM DEFESA DE UMA MEDICINA PAUTADA NA INTEGRALIDADE

Apesar da fragmentação de saberes ser um aspecto peculiar ao desenvolvimento da Medicina, a integralidade se faz necessária às práticas de cuidado, na medida que constitui uma diretriz essencial do vínculo entre médico e paciente, sendo essencial para o acolhimento e a humanização.

Muitas vezes, o modelo biomédico fragmentado é reproduzido de forma automática, sem reflexão crítica sobre seus efeitos práticos. Assim, a integralidade convida à ruptura com essa lógica, propondo uma escuta ativa, um planejamento terapêutico compartilhado e a valorização dos saberes dos próprios pacientes sobre seu corpo, sua história e seu território.

É importante que os espaços de educação médica fomentem tal discussão e a valorização da integralidade, de modo a estimular abordagens terapêuticas que privilegiam a compreensão biopsicossocial e espiritual da vida humana.

A superação do processo de fragmentação do cuidado e o incentivo a uma boa relação médico-paciente enriquece as intervenções médicas e fortalece a confiança e o vínculo, elementos essenciais para o sucesso de qualquer terapêutica.

Além disso, o trabalho em equipe interdisciplinar e a articulação entre os níveis de atenção devem ser práticas estimuladas desde a graduação, aproximando o futuro médico da realidade concreta dos serviços de saúde, principalmente nos territórios de maior vulnerabilidade social.

No cotidiano do SUS, experiências exitosas mostram que a integralidade é possível quando há valorização do vínculo, continuidade do cuidado e articulação entre as esferas clínica, social e comunitária.

Logo, incentivar a integralidade na formação e prática médica exige ações no campo da educação permanente e continuada, no fortalecimento da atenção primária e na incorporação de tecnologias intersetoriais que corroborem as trocas com outros profissionais.

Incorporar essa visão no fazer médico é um dos principais desafios e, ao mesmo tempo, uma das maiores potências para uma saúde verdadeiramente humanizada, equitativa, ética, resolutiva e transformadora.

A integralidade na Medicina é o reconhecimento de que cuidar vai além de tratar doenças — é escutar, compreender e agir em prol do cuidado humano, mesmo diante das várias nuances que atravessam esse importante tarefa.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. M.; MORAES, M. A. B. As contribuições do método clínico centrado na pessoa em publicações brasileiras: uma revisão de literatura. Observatório Latino-Americano, 25 ago. 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1215>. Acesso em: 18 abr. 2025.

BOLTON, D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. Psychological Medicine, v. 53, n. 16, p. 1–8, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10755226/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novo modo de cuidar: SUS amplia acesso a especialistas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/novo-modo-de-cuidar-sus-vai-ampliar-acesso-da-populacao-a-profissionais-especialistas>. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao/programas/humanizasus>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CAMPOS, C. F. C.; FÍGARO, R. A relação médico-paciente vista sob o olhar da comunicação e trabalho. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 1 abr. 2021. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2352[https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2352]. Acesso em: 21 abr. 2025.

CARVALHO, S. da S.; CONDESSA, A. M.; VIDAL, D. P. Relação entre atenção primária e secundária em saúde no cuidado integral aos pacientes encaminhados para a especialidade de estomatologia. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v. 64, e128677, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.380, de 18 de junho de 2024. Imprensa Nacional, Brasília (DF), 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.380-de-18-de-junho-de-2024-567502141[https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.380-de-18-de-junho-de-2024-567502141]. Acesso em: 22 abr. 2025.

DIAS, M. M. DE S.; CARVALHO, J. L.; LANDIM, L. O. P.; CARNEIRO, C. A. Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 4, p. 123–133, dez. 2018.

FAÇANHA, C. R.; MONTENEGRO, T. M.; BOMFIM, C. As escolhas das especialidades médicas e a afetividade: revisão de literatura. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 48, n. 3, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/nt48y86Vbx68ztvr49p8TFB[https://www.scielo.br/j/rbem/a/nt48y86Vbx68ztvr49p8TFB]. Acesso em: 20 abr. 2025.

GARCIA, J. M. Terapia ocupacional em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto privada: relato de experiências. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, e3152, 2023.

GODOY, C. V.; ROCHA, G. M. A territorialidade da alta complexidade na Região Metropolitana de Belém, Brasil: a saúde especializada é subsidiada pelo SUS? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, e20922022, 2024.

GONÇALVES, G. A.; RIBEIRO, A. S. A psicossomática e a psicanálise freudiana: Articulações possíveis. *Medicina em Foco Explorando os Avanços e as Fronteiras do Conhecimento*. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/372201901_A_psicossomatica_e_a_psicanalise_freudiana_Articulacoes_possiveis](https://www.researchgate.net/publication/372201901_A_psicossomatica_e_a_psicanalise_freudiana_Articulacoes_possiveis). Acesso em: 11 mai. 2025.

JONAS, W. B.; ROSENBAUM, E. The case for whole-person integrative care. *Medicina (Kaunas)*, v. 57, n. 7, p. 677, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8307064/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

LEVITAN, S. E.; SCHOENBAUM, S. C. Patient-centered care: Achieving Higher Quality by Designing Care through the Patient's Eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, v. 10, n. 1, p. 1-5, 2021.

MALISKA, J. K. L.; MARINHO, J. R.; ZAPPE, J. G. Percursos de cuidado na atenção à saúde mental de crianças. *Revista Polis e Psique*, v. 12, n. 2, p. 51-70, 2022.

MARTYUSHEV-POKLAD, A.; YANKEVICH, D.; PETROVA, M. Improving the effectiveness of healthcare: diagnosis-

centered care vs. person-centered health promotion, a long forgotten new model. *Frontiers in Public Health*, v. 10, p. 1–9, 2022.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2009. p. 39–64.

QUEVEDO, M. P.; CASTRO, R. C. Verificação da aplicação da Política Nacional de Humanização. *Brazilian Journal of Implant Health Science*, v. 6, n. 2, 2024.

REICH, H. et al. Associations of self-reported skin symptoms with age, sex, and living with a partner: findings from a representative survey in view of the biomedical and the biopsychosocial model. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, v. 10, p. 1–9, 2023.

SANTOS, E. C.; RIBEIRO, A. V.; PRADO, L. C. M.; PROCÓPIO, C.; SANTOS, T. A. D.; SILVA, I. T. A importância da atenção primária na prevenção de doenças e os impactos econômicos para o SUS e para as famílias. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 5, 2025.

SANTOS, M. A. dos et al. Relação médico-paciente: percepção dos usuários em unidades de saúde pública e privada. *Bioética*, v. 28, n. 1, p. 151–60, 2020.

SILVA, A. A. da; PADILHA, W. A. R. Fitoterapia e desmedicalização na atenção primária à saúde: um caminho possível? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 30 jul. 2022.

SOUZA, R. C. A. Desafios e perspectivas da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Cedigma*, v. 3, n. 6, 2025.

SOUTO, B. G. A.; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 36, n. 3, p. 176–81, 2011.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, v. 49, n. 9, p. 796–804, 2000. Acesso em: 20 abr. 2025.

TOLAZZI, J. R.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, e2, 2022.

YOGUI, J. O.; MAGALHÃES, T. M.; BIVANCO-LIMA, D. Ensinando o método clínico centrado na pessoa na graduação em medicina: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 4, 2024.



SUBJETIVIDADE E ADOCIMENTO: UMA PERSPECTIVA DE COMPREENSÃO DO SINTOMA

*Gianluca Cerqueira Grisolia; Guilherme Muller Lopes
Alves Ferreira; João Gabriel Alves Barros; João Vitor
dos Santos Vasconcelos; Kevin Koji Yamaga; Rubem
Cantão da Silva Neto; Oneli de Fátima Teixeira
Gonçalves*

O processo de compreensão das etapas de adoecimento tradicionalmente ancora-se no modelo biomédico de objetivação do corpo e da doença, reduzindo o organismo a meras apresentações de sintomas clínicos e comparando-o a uma máquina que necessita de concerto.

Tal perspectiva pode ser evidenciada no trecho “Discussões recentes acerca do discurso médico buscam demonstrar o aparente esquecimento progressivo do sujeito, assim como da noção de subjetividade, no desenvolvimento da medicina moderna, tanto em seus fundamentos na prática clínica quanto em seu corpo teórico de base” (Palmeira; Gewehr, 2018, p. 1).

Dessa forma, humanizar a prática do cuidado, entendendo a importância da tríade subjetividade, adoecimento e sintoma é essencial para que haja um tratamento da saúde integral, abordando o sujeito como um ser complexo, dotado de conflitos, impasses e sentimentos.

De modo a nortear uma perspectiva, elucidar sobre a subjetividade e sua relação com a doença e o sintoma, é algo misto. Para tanto, é necessário compreender que a doença se apresenta em um corpo que transcende o aspecto físico e palpável, que reflete algo particular, dotado de experiências próprias para cada indivíduo, sendo essa a sua subjetividade (Oliveira, 2003).

Com isso, entender o campo simbólico de cada um — sentidos, histórias e relações interpessoais — é primordial para a compreensão da pessoa em processo de adoecimento. Nesta perspectiva, a mudança de paradigma que um indivíduo passa quando é acometido por alguma enfermidade, implica numa quebra entre aquilo que a pessoa é, a percepção sobre si mesma e sobre o mundo ao seu redor, aliada a múltiplos processos de mudanças e

perdas associadas, por exemplo, a quebra da rotina que antes vivenciava (Oliveira, 2003).

Segundo Prazeres (2016), motivadas a partir do entendimento da psicanálise de que o corpo é marcado pela história de cada sujeito e pelos seus desejos, novas formas de abordagem - a exemplo da fenomenologia, da psicodinâmica e da psicossomática — surgiram visando romper com o paradigma da objetificação excessiva do corpo humano.

Assim, a subjetividade passou a ser valorizada como elemento primário no que tange à compreensão do adoecimento — que pode advir de conflitos ou desejos do inconsciente humano -, o que não é contemplado tão somente pela lógica das ciências naturais. Logo, o adoecer passou a ser tratado como um acontecimento existencial, que convoca a plena totalidade do ser.

Ademais, o discernimento em relação ao fato de que os sintomas apresentados por cada pessoa não podem se reduzir apenas à sinais clínicos padronizados, necessitam de compreensão, também, sob a ótica da subjetividade — a exemplo, sob a forma como o sujeito comunica seus conflitos e impasses — são essenciais.

Ancorados a esta linha de pensamento, Maurice Merleau-Ponty, filósofo e fenomenologista francês, fortemente influenciado por Edmund Husserl e Martin Heidegger, retrata a corporeidade como base essencial da subjetividade humana (Dentz, 2008).

Diante disso, o corpo vem sendo retratado como um instrumento vivido de acordo com a sensibilidade do indivíduo ao mundo, sendo ele o local por onde ocorre o processo de adoecimento, a partir de uma lógica pautada na perspectiva da subjetividade dinâmica.

Assim, o corpo passou a ser tratado como algo vivido antes de ser pensado, sendo ele o próprio campo por onde se desenrola o drama do adoecer (Dentz, 2008).

Portanto, este capítulo tem o intuito de propor uma reflexão sobre a subjetividade, o adoecimento e o sintoma enquanto fenômenos relacionados. Para tanto, há de buscarmos articular abordagens teóricas que sinalizem para a importância da subjetividade no processo de adoecer. O destaque é para uma abordagem da saúde que relaciona corpo e mente como processos interligados que fazem parte da pessoa que sofre um adoecimento.

Assim, urge a necessidade de ampliar a visão do médico, que ainda hoje é difundida com base no modelo biomédico, em direcionar o olhar clínico para uma percepção de humanização na prática assistencial, tornando-se algo crucial para a atualidade.

IDENTIDADE, SUBJETIVIDADE E SINTOMA NA ERA CONTEMPORÂNEA

Sob o viés da contemporaneidade, a necessidade de compreender a inter-relação entre identidade, subjetividade e sintoma tornou-se uma habilidade essencial e inerente a quaisquer profissionais da área da saúde — haja vista o crescimento evidente de transtornos emocionais e manifestações de caráter psicossomático no cotidiano da prática clínica.

Desse modo, (Oliveira, 2003) destaca que, antes de tudo, discernir quanto ao significado de identidade — o qual resulta de um processo complexo, fruto de articulações entre o individual e o coletivo, o simbólico e o biológico, o psíquico e social — é essencial. Este modelo busca romper com o preceito sob o qual se considerava o processo de

formação identitária como algo linear e que segue padrões pré-definidos.

Partindo de um ponto de vista psicodinâmico, a construção de identidade e a compreensão do Eu próprio inicia desde os vínculos primários, como na relação mãe-bebê. Com base em Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês - influente no campo das teorias das relações objetais e do desenvolvimento psicológico.

Em continuidade, Oliveira (2003), destaca sobre a fragilidade da relação materna para com o recém-nascido e de como isso compromete a constituição da personalidade do bebê, deixando-os mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças com natureza psicossomática no futuro. Isto acontece haja a vista a presença de uma “mãe suficientemente boa” como elemento estruturante para a criança.

É fundamental que construam com seus filhos uma ligação satisfatória para que possa ser estendida ao meio externo e não fiquem fundidos com a própria figura materna — ou seja, que possam desenvolver a sua individualidade. Assim, a mãe é responsável por “introduzir a criança no mundo”, situação a qual será essencial para que ele possa conviver em harmonia com o coletivo (Oliveira, 2003).

Seguindo essa linha de pensamento, a noção de subjetividade está intimamente conectada à corporalidade. Para Sigmund Freud e Merleau- Ponty, o ego (eu) caracteriza-se, antes de tudo, como algo corporal cuja mãe é facilitadora do processo, como observado no trecho: “Essa distinção entre o si e o não-si, entre self e não-self, entre sujeito e objeto é fundamental para a individuação, unidade e continuidade da identidade do Eu” (Oliveira, 2003, p. 3).

Por isso, o corpo deve ser compreendido para além de um simples conjunto de sintomas, mas como uma expressão

concreta de experiências subjetivas. Assim, os sinais clínicos não podem ser desvinculados do privado, pois, como cada pessoa têm suas próprias experiências, cada indivíduo irá responder de modo singular às enfermidades.

Outra ideia complementar é de que cada pessoa está sujeita às interferências do meio e da cultura, sendo dotado de significações e experiências subjetivas e singulares. Diante disso, para Oliveira (2003) a sociedade e o contexto sob o qual a pessoa está inserida está intimamente ligada a subjetividade do indivíduo a partir de um sistema de retroalimentação, onde as pessoas criam ferramentas identitárias e a cultura molda as ações e o pensamento das pessoas, sendo assim, também altera a percepção do mundo a sua volta.

Todavia, na atualidade ainda há uma visão médica de que o ato de subjetivar parece ter se tornado uma condição humana negativa, percepção que pode induzir a um erro de leitura sobre a pessoa e sua doença.

Com a dificuldade de a pessoa expressar a subjetividade, o corpo pode passar a apresentar sintomas cujas manifestam resultam em mal-estar psicológico, como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e dores sem origem aparente, conforme apresentado na pesquisa de Gonçalves (2016).

É um contexto de mal-estar que Canguilhem (2011) chama atenção para a condição do adoecimento que se apresenta como algo muito além de um problema físico da pessoa, havendo muitas repercussões no âmbito psíquico do paciente.

Além de indicar a presença de um rótulo como portador de doenças crônicas— alcoolismo, obesidade — alteram a estrutura social que esse indivíduo se insere a partir de novas formas de subjetificação.

Portanto, a relação do indivíduo tanto com o eu quanto com a realidade a sua volta deve ser lida como uma condição específica para aquela pessoa.

Assim, o sintoma deixa de ser uma anormalidade fisiológica e se torna uma manifestação da experiência do paciente sobre o estado de doença, uma mensagem vital do corpo sobre alguma irregularidade ou um estado de resistência às condições que ele está exposto.

A racionalização contemporânea sobre o adoecer parece enfrentar dificuldades quanto a compreensão do sintoma como resposta da subjetividade do paciente, algo que entendemos que precisa ser repensado para que a abordagem médica ocorra de modo integral e humanizado (Canguilhem, 2011).

SUBJETIVIDADE E ADOECIMENTO: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

A atual compreensão do processo de adoecimento deixa claro que há uma necessidade de se considerar, como um aspecto central, a subjetividade no entendimento da saúde humana.

O conhecimento da psicossomática – interligação e interrelação entre mente e corpo que afetam a saúde - surge como uma área fundamental, uma vez que possui a capacidade de investigar como os conflitos psíquicos, na maior parte das vezes inconscientes, podem se manifestar no corpo, indo de encontro a uma visão tradicionalista que separa o plano físico do psíquico.

O corpo humano, muito distante de ser uma máquina que simplesmente responde a distúrbios biológicos, conforme argumenta Prazeres (2016) é também um corpo

simbólico que carrega consigo desejos, histórias e significações que moldam sua experiência de adoecimento.

A formação em saúde, em especial na Medicina, deve incorporar essa visão ampliada. Ou seja, além do aspecto puramente técnico, é crucial, também, reconhecer que a interação biopsicossocial é indispensável no entendimento integral dos estados de saúde e doença.

A Organização Mundial da Saúde (2022), nos anos 2000 reforça o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” como divulga o Encontro Internacional de Direito à Saúde, Cobertura Universal e Integridade Possível (s/d).

Logo, distúrbios, infelizmente, comuns da vida moderna — como transtornos do sono, alimentares e psicossomáticos — salientam que o adoecer é, frequentemente, a expressão de impasses subjetivos diante das exigências da vida.

Um currículo médico que valoriza a dimensão subjetiva capacita futuros profissionais da saúde a identificar que o adoecer não está restrito à lógica linear de causa e efeito, mas é, com frequência, composto pelas complexidades do inconsciente e pela capacidade ou não do sujeito de simbolizar suas experiências.

Como aponta o estudo de Mello Filho e Mirian Burd (2010), a dificuldade em significar pode, desse modo, resultar recirculação da excitação psíquica para o somático, sobretudo quando o indivíduo não possui recursos mentais suficientes para enfrentar seus conflitos.

A psicossomática infantil mostra — justamente por carecer de mecanismos linguísticos e de defesa psíquica bem estabelecidos — como, desde os primórdios, o corpo se constitui como a principal forma de expressar a dor.

Muitas manifestações psicossomáticas precoces estão, nesse prisma, interconectadas com falhas no vínculo primário entre mãe e bebê, fato que torna essencial a compreensão desses fenômenos no processo de formação dos médicos. Não só a ausência afetiva da progenitora, mas também a sua presença excessiva e, por muitas vezes, invasiva têm a capacidade de causar distúrbios somáticos significativos.

Castro (2007) chama atenção para os distúrbios relacionados ao sono e à alimentação, a ausência de um próximo assegurador, como demonstra a pesquisa de Gonçalves (2022), geram ausências/carências que causaram impactos importantes na vida psíquica da criança e podem levar a quadro de transtornos mentais graves. Assim, conhecer essas dinâmicas é fundamental para a atuação preventiva e terapêutica no campo da saúde.

Quando o sujeito é obrigado a lidar com alexitimia, depressão essencial e uma existência marcada pela vida operatória, sua tendência a encarar um processo de adoecimento psíquico e somático se intensifica, já que ele não consegue acessar os recursos psíquicos necessários para simbolizar suas experiências internas, é o exemplo da pessoa com transtorno do espectro autista (Prazeres, 2016).

Nessas circunstâncias, ameaças subjetivas utilizam respostas biológicas como escape, mobilizando o organismo para reagir através de sintomas físicos. É válido frisar que, muitas vezes, a carga desorganizadora de um evento não está intrinsecamente ligada à experiência em si, mas na incapacidade do sujeito de representar e construir significados.

Portanto, a ineficiência da ação médica para tratar esses aspectos acarreta a dificuldade na adesão aos tratamentos, promove a peregrinação médica e a realização

de exames desnecessários, levando sucessivos fracassos terapêuticos (Prazeres, 2016).

De outro modo, o entendimento acerca das diferenças entre as expressões conversivas e psicossomáticas é profundamente importante para um fazer clínico de qualidade.

Para Mello Filho e Mirian Burd (2010), ao contrário do que ocorre na psicossomática — na qual há um erro na via simbólica, retomando períodos pré-verbais do desenvolvimento cognitivo —, na conversão histérica, conceito freudiano clássico (Gonçalves, 2005), em que a pessoa expressa no corpo a sua dor, sem necessariamente haver uma razão biológica, fisiológica que justifique a localização no físico.

Todavia, é uma dinâmica psíquica que se traduz em adoecimento mental, dada a impossibilidade de o sujeito simbolizar, expressar seus conflitos psíquicos através da linguagem. Dessa maneira, esta distinção, longe de ser meramente teórica, auxilia na tomada de decisões terapêuticas, evitando intervenções inadequadas que podem piorar o quadro do paciente.

O LUGAR DA EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO NO ENTENDIMENTO DA DOENÇA

A medicina moderna conta com avanços notáveis nas tecnologias hospitalares, nos padrões de diagnóstico e nas técnicas utilizadas na prática clínica, fato que revolucionou o modo como é feito o tratamento e a cura dos quadros patológicos.

No entanto, para Palmeira e Gewehr (2018), esse progresso sugere certa negligência em relação a subjetividade do sujeito no processo de adoecimento. A

predominância do viés mecanicista sobre a fisiologia das doenças é acompanhada de uma visão biomédica como forma de compreensão do cuidado, a qual objetifica o paciente e o reduz a componentes biológicos.

Desse modo, é observado que a singularidade do paciente tende a ser ignorada e, fatores intrínsecos ao adoecimento – como a manifestação de angústias, desejos e dúvidas – são desconsiderados, o que leva a um comprometimento do tratamento de forma integral e humanizada.

Sob essa óptica, é relevante ressaltar como o modelo biomédico prioriza o saber tecnicista no tratamento, em detrimento do reconhecimento completo e introspectivo do sujeito.

Nesse sentido, essa perspectiva fragmenta o manejo adequado do cuidado e despersonaliza o paciente, haja vista que o caráter subjetivo do adoecimento é descartado e o corpo passa a ser objetificado, com enfoque voltado apenas para a coleta de dados clínicos observáveis.

Portanto, reflete-se sobre como o elo entre a subjetividade e o fisiológico parece enfraquecido, fato que leva ao silenciamento das experiências individuais e dificulta o processo de cura, pois é acompanhado por uma invisibilização dos pacientes e de seus componentes psíquicos (Palmeira; Gewehr, 2018).

Entretanto, apesar da subjetividade ser negligenciada na abordagem biomédica, ela continua manifestando suas nuances durante o tratamento como forma de resistir ao processo de cerceamento imposto pela prática clínica.

Nesse viés, como observado nos pensamentos de Canguilhem (2011), o estado patológico ativo respostas, tendo em vista que o paciente tenta ressignificar seu quadro

e criar formas para sentir segurança em meio ao desamparo em que se encontra.

Dessa maneira, casos como a não adesão ao tratamento e manifestações de episódios de choro são efeitos da subjetividade sem espaço para se apresentar e, por esse motivo, mostra-se imprescindível a prática de uma escuta qualificada e de uma abordagem integral e humanizada, a fim de fortalecer o elo de cuidado com o adoecido e reconhecer os aspectos individuais do processo de adoecimento.

Diante do exposto, observa-se que Palmeira e Gewehr (2018) tratam a inclusão da subjetividade no saber técnico do campo da saúde como um erro epistemológico, pois a fragmentação histórica entre o objetivismo científico e o subjetivismo ético interfere pontualmente no modo o qual é dirigido o tratamento de um paciente.

Nessa perspectiva, compreende-se que o componente estrutural da formação em medicina impossibilita o reconhecimento dos aspectos introspectivos que impossibilita o médico de abordá-los como parte do manejo técnico no processo de adoecimento.

A exemplo, ao analisar o projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (2015) - são constatadas lacunas referentes à imprescindível integração do saber subjetivo aliado ao processo científico do tratamento e cura do paciente.

Em vista disso, evidencia-se a necessidade de reformulação da visão da medicina dita moderna, pois a pauta baseada no viés biomédico compromete a relação intrínseca entre o aspecto objetivo e subjetivo dos quadros de adoecimento.

Desse modo, é importante salientar que a adoção de uma prática de assistência que aborda as nuances

psicológicas como parte constituinte do processo de recuperação ou cura pode gerar um elo de confiança na relação médico e paciente ao potencializar as chances de melhora do sujeito adoecido.

No entanto, essa fissura no conhecimento clínico mostra-se profundamente inserida no contexto da estrutura e do fazer da medicina atual. A mudança, nesse caráter, significa uma reformulação nos saberes epistemológicos, fato que denota os complexos impasses referentes à aplicação de um olhar integral e humanitário a pessoa doente.

CORPOREIDADE E SUBJETIVIDADE EM MERLEAU-PONTY

De acordo com René Armand Dentz (2008, p.2), “a vivência unitária do corpo nos mostra que ele, verdadeiramente, é o campo expressivo da pessoa, o lugar onde tomam forma concreta as possibilidades humanas”.

Isso quer dizer, em termos práticos, que o ser humano se constrói no tempo, por meio das suas experiências, relações, ações e vivências no mundo, de modo a permitir exteriorizar suas emoções em forma de ação visível

Esse campo expressivo é a realização pessoal do Eu, como subjetividade, ou seja, o corpo não configura somente um objeto que é governado pela mente, na verdade, a sua expressão torna o ser humano completo enquanto ser dotado de sentimentos e capacidade para expressá-los.

Quando se pensa na perspectiva de Merleau-Ponty (2018), a visão racionalista é substancialmente alterada, uma vez que se reconhece que o corpo não atua mais como um mero intermediário entre a subjetividade e o mundo, mas sim como o eixo central do sujeito. Pode-se representar

isso ao afirmar que não existe um “Eu” que sustente o corpo, mas é factível a estrutura corporal que sustenta o “Eu”.

Assim, a alma ou a consciência não operam de maneira autônoma, mas sim em conexão com o corpo e o conjunto de relações que ele estabelece. Para o fenomenologista da percepção, esse movimento se chama “corpo próprio” ou subjetividade, e é a partir daí que se torna possível diferentes formas de expressão, bem como, a experiência do tempo e do espaço e a construção humana de um sentido próprio.

Para Merleau-Ponty (2018), a noção de espaço deve ser atrelada à presença do homem. Para o autor a afirmação da existência do espaço e dos corpos materiais se deve à noção humana de consciência.

A aplicabilidade de sua proposição pode estar atrelada à reconfiguração do estatuto da consciência, a qual demonstrou, historicamente, a importância da expansão do campo de possibilidades da humanidade no surgimento do “eu posso”, em substituição ao “eu penso”, marcando uma evolução chamada de “passo existencial”. Um importante marco para a concepção de sensibilidade (René, 2008).

O tempo, historicamente, foi considerado como um fato exterior ao homem, capaz de manipulá-lo, que sempre o dominou como algo que interiorizasse, irreversivelmente, a humanidade em si (René, 2008).

Porém, a fenomenologia afirma que o tempo deve ser compreendido como uma construção do homem, como discutido no trecho “apenas sendo um “ponto de vista”, como uma “direção” irreversível, e não como dimensão objetiva do mundo”. Verifica-se que a noção de tempo apresenta diferentes configurações para o ser humano, haja vista que o tempo vivido provém da consciência de cada indivíduo (René, 2008, p.6).

Portanto, a noção de historicidade busca evidenciar a importância do corpo no ato de expressão, entendendo-o como uma "configuração possível" das intenções internas. Assim, a experiência unificada do corpo revela que ele é, de fato, o espaço expressivo do indivíduo, onde as possibilidades ganham uma forma concreta.

É compreensível que a subjetividade se manifeste na comunicação e na expressão visível do corpo, assim como na realidade tangível do mundo. Nesse contexto, não será mais possível inferir que é o passado o fator determinante do presente, nem este o do futuro. Ao contrário, apenas o sentido da trajetória de um determinado indivíduo pode mudar o seu significado próprio de passado e de futuro (Dichtchekian, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi apresentado, fica claro que é fundamental compreender como subjetividade, identidade e sintomas estão interligados para uma prática de saúde integral e humanizada.

Destaca-se que a subjetividade não é algo secundário, visto que está presente na formação do sujeito desde os seus vínculos primários e têm influência inegável e direta na forma como a pessoa vivencia suas doenças, que se manifesta no corpo de cada um de forma única.

Por isso, é essencial, reconhecer as experiências subjetivas e o contexto social e cultural que cada indivíduo está inserido para entender sua identidade e os sintomas psicossomáticos.

Isso exige que os profissionais de saúde estejam em estado de alerta e sensíveis às manifestações que vão além dos aspectos biológicos. Essa abordagem reforça a

importância de ser crítico aos modelos reducionistas e técnicos, acolhendo o paciente como um todo, com suas complexidades e subjetividades.

Essa é uma tarefa desafiadora tanto do ponto de vista ético quanto epistemológico, especialmente na formação médica e na prática do cuidado a saúde da pessoa na nossa realidade atual.

Outrossim, incluir os conhecimentos da psicossomática na formação em saúde é fundamental para potencializar a prática clínica e tornar as intervenções mais precisas e eficazes, isto é, com maior poder resolutivo.

Entender as manifestações psicossomáticas desde a infância e saber diferenciar corretamente sintomas conversivos e psicossomáticos ajuda o profissional a agir com mais sensibilidade e na diminuição de intervenções iatrogênicas.

Isso evita, não apenas, o uso de tratamentos biológicos desnecessários, como também impede a ocorrência de negligência dos aspectos psíquicos os quais, comumente, protagoniza o processo de adoecimento.

Ampliar o olhar para além da causa puramente orgânica não é apenas um avanço técnico, mas também um compromisso ético com um cuidado mais completo. Essa abordagem promove práticas que respeitam a complexidade do ser humano e contribuem para uma assistência à saúde mais humanizada.

A predominância na prática clínica do modelo biomédico prejudica a valorização das experiências subjetivas dos pacientes, pois atravessam a condição de adoecimento por simplesmente serem tratados como meros objetos clínicos, corroborando a despersonalização da pessoa.

Não obstante, a subjetividade persiste e resiste, manifestando-se através da não adesão ao tratamento ou da exteriorização de sentimentos intensos, que revelam a busca de segurança e sentido diante do sofrimento.

Logo, o fazer clínico precisa ser ressignificado, buscando tratar não apenas da dimensão fisiológica, mas também dar enfoque às manifestações subjetivas, integrando-as no processo de promoção do bem-estar.

Por fim, compreender o corpo como campo expressivo da subjetividade humana reforça a necessidade de uma abordagem em saúde que reconheça o ser humano em sua integralidade, como alguém que se constrói a partir de experiências, relações e vivências singulares.

Superar a visão fragmentada que dissocia corpo e mente significa admitir que a corporeidade não apenas abriga, mas também estrutura a subjetividade, sendo o meio pelo qual o sujeito expressa suas intenções e emoções.

Assim, reconhecer a centralidade do "corpo próprio" amplia a compreensão dos processos de adoecimento e possibilita práticas de cuidado mais sensíveis e alinhadas à singularidade de cada pessoa, superando a dicotomia entre biológico e subjetivo que historicamente tem limitado a atuação do médico.

REFERÊNCIAS

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CASTRO, Lídia Rosalina Folgueira de. O estudo dos distúrbios do sono na infância e suas contribuições para a compreensão da psicossomática do adulto. In: VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho; ARANTES, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha. (orgs.).

Psicossomática II: psicossomática psicanalítica. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

DENTZ, René Armand. Corporeidade e subjetividade em Merleau-Ponty. Intuitio, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 296-307, 21 nov. 2008. Semestral. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/intuitio/article/view/4238>. Acesso em: 01 jun. 2025.

DICHTCHEKENIAN, Maria Fernanda. Temas fundamentais de fenomenologia. São Paulo: Ed. Moraes, 1997.

ENCONTRO INTERNACIONAL DIREITO A SAÚDE, COBERTURA UNIVERSAL E INTEGRALIDADE POSSÍVEL, 1., 2016, Belo Horizonte. Anais do Encontro Internacional Direito a Saúde: Cobertura Universal e Integralidade Possível. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2016. 01 v. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/index.html?albPos=1. Acesso em: 05 jun. 2025.

GONÇALVES, Oneli de Fátima Teixeira. O que o bebê quer dizer? A metodologia IRDI- indicador de Referência para o Desenvolvimento Infantil e a função maternante do professor. 2022. Relatório de Pesquisa (Pós-Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022, 25 f. Disponível em <http://www4.fe.usp.br> Acesso em: 7 jun. 2025.

GONÇALVES, Oneli de Fátima Teixeira. Respostas que o professor produz quando se diz angustiado no trabalho docente. 2016. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016, 236 f. Disponível em http://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ARSFVW/1/tese_oneli.pdf. Acesso em: 7 jun.2025.

GONÇALVES, Oneli de Fátima Teixeira. Dor psíquica, recalque e ponto de vista econômico. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2005, 91 f. Disponível em https://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5140/1/Dissertacao_DorPsiquicaRecalque.pdf Acesso em: 6 jun. 2025.

MAHLER, Margaret. As psicoses infantis e outros estudos. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

MELLO FILHO, Júlio de; BURD, Miriam. Psicossomática Hoje. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

OLIVEIRA, Yvana Coutinho de. Identidade, subjetividade e sintoma na era contemporânea. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 49–53, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao><https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 18 maio 2025.

PALMEIRA, Amanda Barros Pereira; GEWEHR, Rodrigo Barros. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 8, p. 2469-2478, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.15842016>. Acesso em: 9 jun. 2025.

PRAZERES, Vera Lúcia Silva. Subjetividade e adoecimento: implicações para a formação em saúde. Revista Científica da Faminas, [S.L.], v. 2, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/174>. Acesso em: 1 jun. 2025.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará Unificado: Belém, Santarém e Marabá. Belém: UEPA, 2015. Disponível em: <https://prograd.uepa.br/wp-content/uploads/2023/05/PPC-MEDICINA-UNIFICADO-UEPA-10-12-2015-ultimo-PDF.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.



3

EMPATIA E FORMAÇÃO MÉDICA

*Alberto Vieira de Souza Neto; Beatriz Virginia Bagarrão
Guedes de Oliveira Neves; Carine Cristina Santos Blanco;
Enzo Soares de Almeida; Laura da Cruz Sena; Sabine
Goulart de Andrade; Victor Gaudencio de Almeida Pureza;
Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves*

O presente capítulo aborda a temática "empatia na formação médica". É um tópico relevante no contexto atual, visto que a empatia é essencial para que seja estabelecida a boa relação médico e paciente. De um modo geral, empatia consiste na habilidade de sentir e compreender as experiências e o estado mental de outra pessoa, e adotar um comportamento de compaixão a partir disso.

Evidências recentes mostram que um paciente tratado de forma empática pelo médico é mais provável de manifestar maior adesão ao tratamento, maior satisfação com os serviços de cuidado, entre outros fatores positivos (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Entretanto, vale ressaltar que o médico precisa ser capaz de manter o distanciamento que a relação com o paciente exige, para não se envolver demasiadamente com o estado emocional do mesmo e se tornar incapaz de tomar decisões racionais e razoáveis a respeito da terapêutica (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Considerando a importância da empatia no contexto da atuação profissional do médico, é imprescindível que sejam discutidas formas para implementar o ensino de habilidades empáticas na formação desses futuros profissionais.

Na Universidade do Estado do Pará, assim como em outras instituições brasileiras, o ensino é realizado principalmente por meio de metodologias ativas, porém novas abordagens podem ser elaboradas e testadas.

Mesmo considerando que o aprendizado da empatia é essencial para a formação de médicos humanizados capazes de atender os pacientes em sua integralidade, é notável que a implementação do ensino da empatia ainda enfrenta muitos obstáculos.

Entre estes entraves, está o enfoque da formação médica em conteúdos técnicos, com um grande volume de assuntos em que predominam a perspectiva biologizante, em detrimento de uma formação centrada na dimensão humana.

EMPATIA: CONCEITO E RELEVÂNCIA CLÍNICA

A empatia pode ser definida como um estado no qual o sujeito empático exerce quatro principais processos: a) entendimento, que abrange o reconhecimento do estado mental alheio; b) sentimento, o qual envolve o desenvolvimento de uma resposta afetiva apropriada diante da situação; c) compartilhamento, que diz respeito ao indivíduo que pratica a empatia e experiencia emoções semelhantes ao outro; e d) distinção Eu-Outro, envolvendo o conhecimento de que os sentimentos e as emoções experienciadas são advindas do outro e não de si próprio (Eklund; Meranius, 2021).

Além disso, frequentemente a empatia também é referida como multidimensional, constituídas de aspectos afetivo e cognitivo. A empatia afetiva diz respeito a se envolver emocionalmente com o estado mental de outra pessoa; enquanto a empatia cognitiva está relacionada a buscar compreender as perspectivas e o estado mental da outra pessoa (Chen et al., 2024). Na área da saúde é importante focar a dimensão cognitiva, visto que a empatia afetiva pode levar a erros e inconsistências no tratamento (Batistella et al., 2023).

Nesse contexto, torna-se importante diferenciar empatia da simpatia e da compaixão, termos que no dia a dia são utilizados como sinônimos, mas que possuem diferenças fundamentais para a prática e o cotidiano na área da saúde.

A empatia é descrita como a capacidade de se colocar no lugar do outro, obtendo um maior entendimento acerca das experiências desse indivíduo, sendo necessário um certo nível de lógica para conseguir realizá-la (Gallagher; Raffone; Aglioti, 2024).

Já a simpatia é descrita como uma reação emocional à dor de alguém, é considerada mais simplista em relação à compaixão e à empatia. A compaixão é o ato de querer agir em prol de diminuir o sofrimento do próximo, sendo também essencial na formação dos profissionais de saúde (Gallagher; Raffone; Aglioti, 2024).

Para que a empatia consiga ser estabelecida na relação médico e paciente, é necessário que o profissional de saúde tenha desenvolvido boas habilidades comunicativas. É comprovado pelo fato de médicos residentes de especialidades mais voltadas à procedimentos e não ao paciente em si, apresentam menor nível de empatia (Watari et al; 2023).

Isso torna a capacidade de se comunicar uma característica fundamental para que seja possível o estabelecimento de um vínculo com a pessoa que está sendo atendida. Tal importância é evidenciada pelo fato de que a maior parte dos erros médicos que ocorrem no cotidiano é devido a falhas de comunicação entre o profissional e aquele que está recebendo atendimento.

Não escutar o paciente de maneira atenta ou a falta de sensibilidade com o outro podem levar a intervenções desnecessárias, baixa adesão ao tratamento, insatisfação do paciente e possíveis processos judiciais movidos contra o médico (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Em uma pesquisa realizada por Wu; Jin e Wang em 2022, com pacientes em regiões remotas da China, foi percebida uma ligação positiva entre empatia e melhor

relação e confiança entre o médico e os entrevistados, além de uma maior percepção de benevolência no profissional.

Ademais, o estudo também mostrou que os entrevistados deram maior ênfase nas habilidades de comunicação do que nas competências tradicionais do médico, enfatizando o fato de que pessoas, as quais buscam os serviços de saúde, confiam mais em profissionais que demonstram empatia durante a consulta - conferindo maior adesão ao tratamento e compartilhamento de informações junto aos médicos - em detrimento daqueles profissionais que apresentam excelente competência técnica, mas não se comunicam adequadamente e nem demonstram empatia para aqueles que estão recebendo o atendimento.

No que tange ao fazer médico, a empatia não pode se dar de maneira objetiva e distante. É necessário que haja, minimamente, o envolvimento emocional, isto é, que o médico seja capaz de compreender e sentir as emoções vivenciadas pelo paciente no momento presente (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Frases como "ser capaz de se colocar no lugar do outro", "sintonizar com as emoções do outro" e "entrar brevemente, mas completamente no mundo do paciente", as quais estão diretamente relacionadas ao conceito de empatia, evidenciam o fato de que o profissional da saúde deve estar disposto a entender o estado emocional do enfermo, visto que não existem soluções definidas que funcionam para todos os pacientes, pois cada um possui vivências, experiências e sentimentos únicos (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Por exemplo, vários pacientes podem até apresentar a mesma doença, no entanto a patologia em questão pode afetar de maneiras muito variadas a vida de cada paciente. Portanto, é necessário que os sujeitos sejam tratados de

maneira individualizada pelo profissional (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Em contrapartida, o profissional de saúde deve ser capaz de distinguir suas próprias emoções das emoções do paciente em questão, pois caso o médico se confunda com os sentimentos do paciente, isto é, não consiga diferenciar quais sentimentos são originários do paciente e quais têm origem em si próprio, - por exemplo, em uma situação na qual o paciente se encontra ansioso e o médico imita esse estado emocional - sua capacidade de ajudar pode ficar prejudicada e atrapalhar o atendimento (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Devido a tais malefícios causados pela falha na diferenciação emocional entre o médico e o paciente, é essencial que o profissional de saúde tenha a capacidade de racionalizar a própria compaixão, dando preferência à dimensão cognitiva da empatia, na qual o médico deve entender as experiências e dores do paciente, porém não as tomando como suas próprias dores.

Assim, torna-se extremamente necessária a criação de uma distinção clara e objetiva entre os sentimentos e dores do paciente e a resposta empática do profissional de saúde frente à situação (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

De modo geral, a empatia contribui para a melhora do cuidado em saúde, trazendo consigo benefícios tanto para o paciente, quanto para o profissional. Para que se tenha um bom atendimento, é necessário que o médico tenha senso de humanidade e competência técnica, e deve haver a participação do paciente no processo de tomada de decisões (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Pacientes que são tratados de forma empática tendem a apresentar maior adesão ao tratamento, maior satisfação com os serviços prestados, maior confiança no médico

responsável por eles, bem como melhora nos índices de dor e ansiedade no que tange à resolução dos sintomas (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Quanto aos profissionais de saúde, o estabelecimento de relações empáticas possibilita o crescimento pessoal devido a questões como: permitir aprender sobre suas emoções, reações e limites ao lidar com o sofrimento do outro; permitir o aprimoramento das habilidades de comunicação por meio da escuta atenta e do diálogo para compreender melhor a situação em que o paciente se encontra; e proporciona a satisfação de ver o paciente contemplado nas suas necessidades atendidas pelo serviço, visto que foi tratado de maneira humanizada (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Além disso, o processo de formação de vínculos com o paciente pode tornar o trabalho menos desgastante e mais gratificante, o que protege o médico da angústia e do burnout (Uehara; Norman; Morgado, 2024).

PANORAMA ATUAL DA INTEGRAÇÃO DA EMPATIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Com base nos temas abordados na seção anteriormente, pode-se elencar que há um grande benefício da inclusão de preceitos empáticos no escopo curricular, haja vista que tal fenômeno implica não somente um avanço na prática clínica, como também a promoção do bem-estar de médicos e pacientes. Desse modo, cabe pontuar as medidas que estão sendo tomadas na atualidade para fomentar essa integração no currículo médico.

Um passo relevante, no que tange à integração da empatia como competência médica, foi a possibilidade de quantificar sua existência junto a alunos e profissionais de

saúde, transformando-a em uma habilidade capaz de ser ensinada e aprendida, desmistificando a ideia de que a empatia poderia ser algo muito vago e subjetivo, para que fosse considerada uma competência concreta a ser trabalhada entre os profissionais da área da saúde.

Ademais, a *Jefferson Scale of Patient Perception* é uma escala utilizada para medir a empatia em uma pesquisa com alunos e profissionais da área da saúde. A escala foi testada em um estudo realizado na Espanha, com o fito de assegurar que tal ferramenta fosse capaz de medir com precisão o nível de empatia de um indivíduo demonstrando resultados positivos (Diéz et al., 2022).

A validação desse protocolo assegurou a ideia de que a empatia é uma habilidade possível de ser mensurada. Além disso, há esforços para validação de uma escala nacional para medição de empatia, a Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) a qual permite a observação considerando as especificidades da realidade brasileira (Generoso et al., 2024).

No Brasil, desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001), no ano de 2001, há um movimento de humanização das práticas do SUS-Sistema único de Saúde, fato esse que é reiterado por projetos como a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS.

Nessa perspectiva, é válido elencar que, conforme o Pró-Saúde (Brasil, 2005), a tangibilidade dessa realização depende não somente de uma mudança no ambiente assistencial em si, mas também no processo de formação dos profissionais. Assim, observa-se uma certa tendência de remodelamento dos componentes curriculares em escolas médicas, de modo a tentar suprir tais demandas.

Seja pela inclusão de disciplinas/módulos voltados a preceitos humanísticos, seja pela agregação desse arcabouço

teórico em uma prática clínica precoce, diversos cursos de graduação em medicina e em outras áreas da saúde demonstram a tendência de se adotar algum tipo de mudança curricular voltada à humanização da prática médica, sendo esta, por sua vez, expressivamente fundamentada na empatia, visto que ela está intimamente ligada ao fazer médico.

No campo teórico, pode ser elencada a realização de simulações práticas do dia a dia clínico, debates sobre habilidades socioemocionais e compartilhamento de experiências, treinamento em atividades de comunicação e grupos de discussão de casos como exemplos de potenciais facilitadores do desenvolvimento empático (Laranjeira; Lamaita, 2020).

Já no meio prático, múltiplos estudos científicos voltados à temática apontam que a iniciação estudantil na prática clínica de maneira precoce corrobora no fomento de noções de empatia mais abrangentes e profundas, sendo reiterado pelo HumanizaSUS (Brasil, 2010) e Pró-Saúde a necessidade de haver articulações eficientes entre os serviços públicos de saúde e as instituições de ensino, de modo a reforçar uma prática mais eficiente, humanizada e empática.

DIFICULDADES E SOLUÇÕES EM RELAÇÃO À EMPATIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Hodiernamente, percebe-se um esforço crescente para incluir o ensino da empatia nos componentes curriculares do curso de medicina. Isto se deve ao fato de que um atendimento que busca alcançar a integralidade da pessoa, não sendo centrado somente na doença, promove maior satisfação do paciente e maior adesão ao tratamento.

Um estudo publicado em 2022 corrobora esta pauta, demonstrando que a maior parte dos pacientes relata sentir maior confiança em médicos que demonstram interesse e empatia durante a consulta, em comparação àqueles que apresentam apenas competência técnica (Wu; Jin; Wang, 2022).

No entanto, mesmo com as evidências que comprovam a importância de ter e demonstrar empatia durante os atendimentos, alguns estudos sugerem que os alunos de medicina não estão absorvendo esses aprendizados, associados às humanidades, na prática em saúde. Um estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, o qual mostrou que, mesmo com mudanças sendo implementadas, os alunos mantiveram um nível de empatia constante durante o curso (Leão et al., 2024).

Tal observação revela-se uma preocupação para o futuro da prática clínica, pois esse achado demonstra que os atuais métodos de ensino da empatia nos cursos de saúde não estão conseguindo alcançar os resultados esperados, ou seja, os alunos que estão saindo do curso, aparentemente, parecem não aprenderem adequadamente as lições referentes às humanidades médicas.

Por isso, faz-se necessário discutir quais são os principais desafios experienciados pelos alunos e pelos professores para o melhor aprendizado e ensino das habilidades empáticas durante a formação acadêmica em saúde, a fim de que consigam ser realizados em sua totalidade.

Dentre os diversos obstáculos apresentados para o aprendizado da empatia, destaca-se a dificuldade de sistematizar o ensino dessa temática, sendo observados diversos pontos para seu aprimoramento. Em um estudo

feito com estudantes do internato em faculdades da região Norte e Nordeste, entre as falas desses discentes, foi destacada uma desarticulação teórico-prática no processo de aprendizado. Tal ação evidencia a existência de uma barreira entre o que os alunos ouvem e aprendem dentro das salas de aula e o que eles vivenciam nas matérias práticas (Batista; Lessa, 2020).

Ademais, outro problema evidenciado por esses estudantes é a diferença entre o que os docentes ensinam e mostram em um ambiente de ensino e as atitudes que eles tomam em consultório com pacientes durante o aprendizado prático, aumentando ainda mais a barreira entre o teórico e o prático no ensino da empatia (Batista; Lessa, 2020).

Além disso, um fator adicional que contribui significativamente para a dificuldade no desenvolvimento da prática empática durante a formação médica é a grande quantidade de conteúdo teórico formal cobrada em pouco tempo hábil. Tal realidade leva muitos alunos a direcionarem seus esforços majoritariamente para o domínio das disciplinas teóricas e técnicas, que costumam ter caráter mais objetivo e mensurável (Howick et al., 2023; Batista; Lessa, 2020).

Esses componentes curriculares, por serem fortemente cobrados em avaliações acadêmicas e mais analisados nos processos curriculares, acabam sendo priorizados em detrimento de aspectos mais subjetivos e humanos do cuidado, como a empatia. Esse desequilíbrio entre o ensino técnico e o desenvolvimento das habilidades interpessoais acaba desestimulando a valorização da escuta ativa, da compreensão emocional do paciente e da construção de uma relação médico e paciente mais humanizada (Howick et al., 2023; Batista; Lessa, 2020).

A intensa carga horária enfrentada pelos estudantes de medicina também é um importante obstáculo para o aprendizado de habilidades empáticas, visto que, devido a este problema, muitos tendem a negligenciar a importância da dimensão humana nos atendimentos, se dedicando de forma significativa aos conteúdos voltados para a competência técnica em detrimento ao desenvolvimento de habilidades comunicativas e empáticas.

No que tange a esta discussão, um estudo realizado com os residentes da Universidade de Ciências Médicas Ahvaz Jundishapur, publicado em 2021, constatou uma correlação negativa entre Síndrome de Burnout e empatia. Isto demonstra que a empatia desempenha um importante papel na manutenção do bem-estar mental e físico dos estudantes de medicina, pois é uma maneira de tornar mais branda a rotina exaustiva imposta pelo curso, o que contribui para reduzir o estresse excessivo (Zakerkish et al., 2024).

Levando em consideração o panorama descrito, pode-se encontrar diversos componentes curriculares importantes para o aprendizado da empatia na visão dos docentes, entre eles estão: a experiência prática, professores como modelos de atitudes e ações a serem tomadas no contexto da comunicação empática, teoria bem definida e explicada para os alunos e ênfase na importância do aprendizado da empatia (Ahrweiler, et al., 2014; Pohontsch et al., 2018).

Dentro dessa visão, o trabalho da empatia dentro do curso de medicina poderá dar maior ênfase a esses eixos apontados pela pesquisa, tornando a formação da empatia um processo mais dinâmico e significativo para os alunos da área da saúde.

Nesse sentido, sabendo que a empatia é uma habilidade mais relativa e emocional, é essencial que seu aprendizado ocorra por meio de abordagens que proporcionem vivência, reflexão e prática; e não somente por meio de aulas expositivas e avaliações padronizadas.

Portanto, a utilização de metodologias ativas, como simulações de consulta, é imprescindível no contexto do ensino de habilidades empáticas durante a formação médica, pois permitem criar um ambiente controlado que estimula o estudante a desenvolver suas habilidades comunicativas e capacidade de demonstrar empatia.

A respeito da discussão em questão, um estudo publicado em 2024 - cujos participantes eram graduandos de medicina do terceiro ano - constatou que os níveis de empatia eram maiores entre os estudantes treinados com pacientes-atores, em comparação aos que foram treinados com pacientes reais ou com pacientes-atores, porém acreditando estar lidando com pacientes reais (Britz et al., 2024).

A pesquisa destacou que isso ocorreu, provavelmente, devido aos estudantes ainda não estarem habituados a lidar com situações clínicas reais, levando a um aumento do estresse nessas situações. Portanto, a utilização de metodologias ativas para o ensino da empatia durante a formação médica deve seguir uma progressão, permitindo que os estudantes adquiram mais conhecimento e confiança de forma gradativa (Britz et al., 2024).

No contexto atual, percebe-se que ainda existe um grande desafio para implementar o ensino da empatia na formação médica, visto que já surgiram muitas abordagens diferentes com resultados diversos. Um estudo publicado em 2023 realizou um *workshop* de imersão, que tinha o objetivo de fazer os estudantes passarem por uma

experiência de esquizofrenia por meio de sessões de simulação pessoal e narrativa de paciente. A partir desta experiência, foi constatado que os participantes manifestaram ambos os aspectos da empatia, tanto o cognitivo quanto o afetivo (McNally et al., 2023).

Nesse sentido, percebe-se que a utilização de abordagens experienciais para o ensino da empatia durante a formação médica pode ser um caminho inovador, uma vez que, apesar da empatia afetiva ser evitada na maioria das vezes, é importante que o médico consiga também manifestá-la de forma controlada durante os atendimentos, o que permite demonstrar empatia de maneira mais autêntica para os pacientes.

Com o objetivo de aplicar o ensino da empatia na formação médica de maneira mais efetiva, algumas estratégias foram elaboradas, como o uso de técnicas de improvisação teatral, que têm ganhado espaço na educação médica como forma de aprendizado mais eficiente. Ao contrário da simulação padronizada, a improvisação oferece um ambiente mais espontâneo, que desafia o estudante diante de situações inesperadas (Strom; Feinberg, 2023).

Ademais, outra estratégia é a estrutura SPIKES, voltada para a comunicação de más notícias, que pode ser associada à estrutura NURSE (*Naming, Understanding, Respecting, Supporting, and Exploring*), dos pacientes. O ensino conjunto das estruturas SPIKES-NURSE, especialmente quando aplicado em contextos de simulação mais realista, permite aos estudantes desenvolverem tanto o conteúdo técnico da comunicação quanto a sensibilidade necessária para lidar com o sofrimento do outro (Strom; Feinberg, 2023).

Outros métodos criados com o objetivo de facilitar o ensino da empatia nas faculdades de medicina foram os

programas baseados na arte, nos quais os alunos observam obras de arte, sejam elas imagens (como pinturas, fotografias) ou vídeos (como filmes ou curtas), ou até mesmo músicas, para, a partir de sua interpretação e entendimento, desenvolver as habilidades voltadas à observação, necessárias para adquirir maior e melhor capacidade de compreender as vivências do outro (Zazulak et al., 2015).

Essas metodologias não só favorecem o desenvolvimento da empatia, como também contribuem para a formação de um médico mais humano, sensível e preparado para enfrentar as complexidades da prática clínica contemporânea que podem se fazer presentes no cotidiano médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a empatia se mostra muito relevante na prática médica, seja por sua capacidade de conseguir estabelecer um vínculo com a pessoa que está sendo atendida pelo médico, como pelos resultados positivos obtidos em um atendimento que é baseado na escuta de forma ativa e na sensibilidade com o paciente.

Assim, considera-se a importância da empatia afetiva e da cognitiva para que, finalmente, seja realizada a compreensão do paciente. A capacidade de desenvolver e/ou manter boas habilidades comunicativas por parte do profissional de saúde é outra qualidade fundamental, tendo em vista que a falta dessas características pode impactar negativamente no rendimento dos atendimentos, nos tratamentos e na satisfação dos pacientes.

Durante o fazer médico, a empatia não pode se dar somente de maneira objetiva e distante, ou seja, de maneira que o paciente é escutado da maneira incorreta e o médico

prioriza o preenchimento do prontuário, colocando em segundo plano os aspectos subjetivos e emocionais do paciente. Isso reforça que os pacientes devem ser tratados de maneira individualizada e de modo que o médico seja capaz de compreender e sentir as emoções vivenciadas por ele no momento presente.

Outro ponto que cabe destacar é como o médico deve ser capaz de ser empático sem se confundir com os sentimentos dos seus pacientes, pois agindo de tal modo ele diminui os possíveis riscos de interferir na sua capacidade de ajuda e resolução de casos.

Logo, as ações médicas que se baseiam na empatia acabam proporcionando aos pacientes diversos benefícios como a melhora do cuidado em saúde e a participação dos pacientes no processo de tomada de decisões em relação a procedimentos, tratamentos e condutas.

Isso ocorre, pois, a conduta médica empática possibilita maior adesão aos tratamentos e satisfação com os serviços prestados, bem como gera maior confiança no médico responsável e, felizmente, melhorias nos casos que envolvem dor e ansiedade.

Em relação ao médico, observa-se crescimento pessoal e prevenção do burnout, além do fomento a um ambiente de trabalho menos desgastante e mais gratificante, como consequência da formação de vínculos com seus pacientes.

É importante dar um destaque para o elevado benefício da inclusão de preceitos empáticos no escopo curricular, o que gera resultados favoráveis tanto para o médico como para o paciente. No Brasil, com projetos como a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS, é notável uma tendência crescente de reformulação dos currículos médicos, sendo essa implementação

expressivamente fundamentada na empatia, já que a mesma está intimamente ligada ao fazer médico.

Logo, o remodelamento dos componentes curriculares em escolas de medicina deve ser elencado no campo teórico por meio de atividades como debates sobre habilidades socioemocionais e compartilhamento de experiências, e no meio prático por intermédio da iniciação estudantil na prática clínica de maneira precoce, pela articulação eficiente entre os serviços públicos de saúde e as instituições de ensino com a finalidade de fomentar o sentimento de empatia e humanidade de maneira mais eficaz.

Diante dos estudos e reflexões voltados à formação médica atual, tem-se que o desenvolvimento sobre a empatia entre os estudantes de medicina é um processo muitas vezes desafiador, no entanto, não deixa de ser necessário para a humanização da prática clínica de forma mais eficaz.

Embora exista uma maior valorização da empatia nas universidades na atualidade, diversos alunos não conseguem internalizar essa habilidade – em parte pela dificuldade de integrar prática e teoria junto ao extenso conteúdo técnico, e em parte pela elevada carga horária, que favorece o esgotamento físico e mental por parte dos alunos. A priorização das competências técnicas nas avaliações, somada à falta de exemplos empáticos por parte do corpo docente, dificulta ainda mais a formação de habilidades humanas interpessoais durante a formação médica.

Nesse cenário, é perceptível a necessidade de um maior engajamento em estratégias pedagógicas mais sensíveis, voltadas à realidade dos estudantes de medicina, como o uso da prática teatral, o ensino das estruturas comunicativas utilizando o método SPIKES-NURSE, as simulações clínicas com feedback, bem como a promoção de

espaços em que os alunos se sintam seguros para que seja realizada reflexão emocional e ética.

A empatia não pode e nem deve ser ensinada como um conteúdo de forma tradicional e enrijecida, tal ação necessita de escuta ativa, de troca de experiências e de tempo para serem construídas e consolidadas entre os estudantes de medicina. Dessa forma, é de extrema importância que as instituições de ensino invistam na promoção de uma cultura educacional que instigue a valorização e o cuidado com o próximo como parte indispensável do ser médico.

Por fim, os diversos estudos voltados para a empatia médica apontam que essa habilidade pode atuar como fator protetivo contra os casos de síndrome de burnout, o que reforça a sua importância não só na qualidade dos atendimentos, mas também na saúde mental dos futuros médicos. Dessa maneira, formar médicos mais empáticos é investir em profissionais mais saudáveis, preparados para lidar com a complexidade humana e ética frente a situações adversas que podem atravessar seu caminho.

REFERÊNCIAS

AHRWEILER, Florian; SCHEFFER, Christian; ROLING, Gudrun; GOLDBLATT, Hadass; HAHN, Eckhart G.; NEUMANN, Melanie. Clinical practice and self-awareness as determinants of empathy in undergraduate education: a qualitative short survey at three medical schools in germany. *Gms Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*; 31(4): Doc46; ISSN 1860-3572, [S.L.], p. 46, 2014. German Medical Science GMS Publishing House. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3205/ZMA000938>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BATISTA, Nildo Alves; LESSA, Simone Schwartz. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 43, n. 11, p. 349-356, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190118>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BATISTELLA, Adriana Oliveira Andrade; BONAMIGO, Élcio Luiz; SOUZA, Waldir; SERNA, José María Galán González; PERINI, Carla Corradi. Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo. *Revista Bioética*, [S.L.], v. 31, p. 1-12, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233577pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed., 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado:

efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRITZ, Vanessa; STERZ, Jasmina; KOCH, Yannik; SCHRECKENBACH, Teresa; STEFANESCU, Maria-Christina; ZINßER, Uwe; VERBOKET, Rene Danilo; SOMMER, Katharina; RUESELER, Miriam. Impact of simulated patient-based communication training vs. real patient-based communication training on empathetic behaviour in undergraduate students – a prospective evaluation study. *Bmc Medical Education*, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-1, 12 ago. 2024. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-024-05801-8>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CHEN, Hao; XUAN, Hanwen; CAI, Jinquan; LIU, Meichen; SHI, Lei. The impact of empathy on medical students: an integrative review. *Bmc Medical Education*, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1, 25 abr. 2024. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-024-05448-5>. Acesso em: 19 abr. 2025.

DÍEZ, Nieves; BARRIO, Loreto García del; RODRÍGUEZ-DÍEZ, Maria Cristina; MARTÍN-LANAS, Raquel; GEA, Alfredo; COSTA, Manuel João. Validation of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy Spanish (Spain) Version in Primary Care. *Family Medicine*, [S.L.], v. 54, n. 8, p. 621-628, 6 set. 2022. Society of Teachers of Family Medicine. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22454/fammed.2022.169675>. Acesso em: 25 abr. 2025.

EKLUND, Jakob Håkansson; MERANIUS, Martina Summer. Toward a consensus on the nature of empathy: a review of reviews. *Patient Education And Counseling*, [S.L.], v. 104, n.

2, p. 300-307, fev. 2021. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>. Acesso em: 27 abr. 2025.

GALLAGHER, Shaun; RAFFONE, Antonino; AGLIOTI, Salvatore M. The pattern theory of compassion. *Trends In Cognitive Sciences*, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 504-516, jun. 2024. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2024.04.005>. Acesso em: 25 abr. 2025.

GENEROSO, Alexandre Tadeu Azevedo; CORDEIRO, Júlia Coutinho; PEIXOTO, José Maria; MOURA, Eliane Perlatto. Elaboração e validação da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC): teste-piloto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 1, 2024. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2022-0304>. Acesso em: 5 abr. 2025.

HOWICK, Jeremy; AHMED, Ahmed; DUDKO, Maya; FENG, Shi Nan; NOCKELS, Keith; ALLURI, Namitha; WINTER, Rachel; HOLLAND, Richard. Why might medical student empathy change throughout medical school? Protocol for a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Bmj Open*, [S.L.], v. 12, n. 11, p. 067157, nov. 2022. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067157>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LARANJEIRA, Claudia Lourdes; LAMAITA, Rívia Mara. É possível ensinar empatia durante a residência médica? *Femina*, v. 48 n.12 p. 730-734, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141183/femina-2020-4812-730-734.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

LEÃO, Jéssica Rodrigues Borges; PINA, Gabriela; CASTRO, Priscila Mariana de; ALMEIDA, Fernando Antonio de. Evolução dos escores de empatia dos estudantes de medicina em instituição com currículo humanista. *Revista*

da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.L.], v. 26, n. , p. 65350, 29 maio 2024. Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2024v26a7>. Acesso em: 29 mar. 2025.

MCNALLY, Gemma; HAQUE, Enam; SHARP, Sarah; THAMPY, Harish. Teaching empathy to medical students. *The Clinical Teacher*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1, 22 dez. 2022. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/tct.13557>. Acesso em: 03 mai. 2025.

POHONTSCH, Nadine; STARK, Anne; EHRHARDT, Mary; KÖTTER, Thomas; SCHERER, M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC medical education*, [S. l.] v. 18, n. 1, p. 231, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7>. Acesso em: 5 abr. 2025.

STROM, Danielle; FEINBERG, Eve. Teaching empathy and communication in graduate medical education. *Fertility And Sterility*, [S.L.], v. 119, n. 1, p. 27-28, jan. 2023. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.10.001>. Acesso em: 19 mar. 2025.

UEHARA, Beatriz Yumi; NORMAN, Armando Henrique; MORGADO, Thaís de Almeida. Empatia (parte I). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.L.], v. 19, n. 46, p. 3398, 12 jul. 2024. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3398](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3398). Acesso em: 15 abr. 2025.

WATARI, Takashi; HOUCHENS, Nathan; NISHIZAKI, Yuji; KATAOKA, Koshi; OTSUKA, Tomoe; NAKANO, Yasuhisa; SAKAGUCHI, Kota; SHIRAIISHI, Yoshihiko; KATAYAMA,

Kohta; KATAOKA, Hitomi. Empathy competence and future specialty among medical residents in Japan: a nationwide cross-sectional study. *Scientific Reports*, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1, 23 ago. 2023. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-41011-w>. Acesso em: 19 abr. 2025.

WU, Qing; JIN, Zheyu; WANG, Pei. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *Journal Of General Internal Medicine*, [S.L.], v. 37, n. 6, p. 1388-1393, 17 ago. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ZAKERKISH, Mehrnoosh; SHAKURNIA, Abdolhussein; HAFEZI, Ali; MANIATI, Mahmood. Association between burnout and empathy in medical residents. *Plos One*, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 0301636, 9 abr. 2024. Public Library of Science (PLOS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0301636>. Acesso em: 21 abr. 2025.

ZAZULAK, Joyce; HALGREN, Camilla; TAN, Megan; GRIERSON, Lawrence e M. The impact of an arts-based programme on the affective and cognitive components of empathic development. *Medical Humanities*, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 69-74, 5 fev. 2015. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2014-010584>. Acesso em 25 abr. 2025.

Página deixada em branco de forma intencional



4

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UM OLHAR PARA ALÉM DA DOENÇA

*André Souza de Carvalho; Glicia de Albuquerque
Freitas; Helena Cristina Maués Monteiro; Miriam
Flávia Moura de Souza; Laysa Martins Silva;
Vanessa de Cássia Souza Ferreira; Guísela Gabriela
Silveira de Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro*

O hospital é um dos cenários do cuidado à saúde, representando um espaço carregado de representações e simbolismo. Além disso, ocupa lugar de destaque no mundo contemporâneo, por ser um dos locais para onde convergem avanços científicos e tecnológicos, os quais têm possibilitado o diagnóstico, o tratamento e a sobrevivência frente a inúmeras doenças.

Nesse cenário de alta complexidade, a humanização da assistência hospitalar tem sido buscada como uma estratégia para a qualificação das ações em saúde, visando mitigar os efeitos da hierarquização e fragmentação das relações entre profissionais e pacientes, bem como a supremacia da tecnologia do cuidado, em detrimento de sua dimensão humana.

A humanização extrapola a simples cordialidade no atendimento e envolve uma mudança de paradigma na forma como o cuidado é concebido, organizado e praticado no ambiente hospitalar. Humanizar significa considerar o paciente em sua totalidade, reconhecendo suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Do mesmo modo, enseja uma postura de reconhecimento dos direitos e da defesa da dignidade, a qual deve perdurar durante toda a jornada pelo sistema de saúde. Para os médicos, tal postura significa exercitar a empatia, a comunicação compassiva, a ética, e ao mesmo tempo, o compromisso com a responsabilidade e efetividade das ações.

As implicações da humanização na prática médica são múltiplas, profundas e complexas, especialmente quando se considera o cenário de desumanização da Medicina. Elas exigem uma postura crítica frente aos modelos tradicionais de atendimento, frequentemente centrados na doença, na técnica, reflexão que suscita a necessidade de uma nova ética

do cuidado, que articule ciência e sensibilidade, saber técnico e compromisso humano.

HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO BRASIL: A EVOLUÇÃO DO OLHAR HUMANIZADOR E OS RUMOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A humanização no contexto hospitalar passou por significativas transformações ao longo dos séculos, acompanhando as mudanças nas concepções de saúde, doença e cuidado. Desde os primeiros hospitais monásticos medievais, vinculados à caridade cristã (Risse,1999), até as modernas instituições de saúde, a forma de entender e praticar a assistência humanizada refletiu os valores culturais, religiosos e científicos de cada época.

Essa trajetória histórica revela como a relação entre profissionais de saúde e pacientes foi sendo ressignificada, oscilando entre abordagens mais espiritualizadas e outras centradas no progresso técnico, até chegar às concepções contemporâneas que buscam equilibrar tecnologia e acolhimento (Rosenberg, 1987). Essa evolução demonstra a forte influência do contexto histórico no surgimento dos hospitais como instituições que tinham como foco a saúde humana (Campos, 1944).

Historicamente, os hospitais surgiram para atender aos pobres, mas gradualmente se transformaram em locais que disciplinam corpos e organizam espaços. No século XVIII, os hospitais começaram a ser concebidos como "máquinas de curar", uma mudança que refletia um poder disciplinar baseado na classificação e monitoramento dos pacientes (Foucault, 2021).

Esse tipo de poder regula comportamentos e estabelece normas, organizando o espaço e os indivíduos

dentro dos hospitais. A medicina hospitalar, nesse contexto, tornou-se uma prática que incorpora vigilância e controle, influenciando não apenas a saúde física, mas também aspectos sociais e culturais. Tal abordagem evidencia como os hospitais servem como dispositivos de poder que moldam corpos e subjetividades, destacando a relação intrínseca entre saúde, sociedade, política e biopoder (Foucault, 2021).

No continente americano, México e Brasil destacaram-se como pioneiros na criação dessas instituições, movidos pela necessidade de atender a saúde de trabalhadores e escravos, essenciais à força de trabalho da época. No Brasil, mudanças significativas ocorreram com a remodelação do Rio de Janeiro, que, após tornar-se capital da República um ano após a abolição da escravatura, enfrentou alterações no perfil populacional assistido nos hospitais de caridade (Rodrigues, 2021).

As reformas urbanas iniciadas em 1903 pelo prefeito Pereira Passos, resultaram em demolições no centro, deslocando populações pobres, imigrantes e descendentes de escravos libertos para áreas periféricas. Essa transformação urbana, motivada por ideais estéticos e modernizadores, também deu origem a novas legislações voltadas ao controle social, evidenciando a complexa relação entre saúde, urbanização e a organização da sociedade brasileira da época (Rodrigues, 2021).

No século XX, de modo mais acentuado a partir da década de 70, a Medicina experimentou um espetacular desenvolvimento científico e tecnológico que provocou uma elevação dos custos para assistência, impondo profundas alterações no sistema de financiamento, levando ao aumento da presença do Estado e ao surgimento de iniciativas privadas e instituições responsáveis pelo mesmo.

É válido ressaltar que a presença do Estado expandiu a necessidade de novas leis e políticas públicas que começaram a transformar o cenário da saúde pública no país, ao estabelecer diretrizes e princípios, além de postular a saúde como um bem universal (Rehem, 2007).

Na modernidade, com o crescimento dos hospitais e o fortalecimento de modelos de tratamento predominantemente biomédicos, temas como a humanização passaram a ganhar progressivo destaque, em resposta à necessidade de um olhar para além da doença. Na atualidade, a humanização da assistência hospitalar ganhou potência nas discussões sobre a qualidade do cuidado, estimulando novas discussões sobre a relação médico-paciente e seu papel primordial no processo saúde/doença.

Essa mudança de perspectiva ganhou força institucional em 2000, durante a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco que transformou as críticas cotidianas em pauta política. Com o tema "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", o evento não apenas ecoou vozes historicamente marginalizadas – como usuários que denunciavam maus-tratos e a verticalidade do sistema, mas também articulou evidências científicas que destacavam o impacto da escuta qualificada e do acolhimento nos resultados terapêuticos (Brasil, 2002; Deslandes, 2006).

A conferência, assim, operou uma dupla transição: do protesto para a proposta, e da doença como objeto para o sujeito como protagonista do cuidado – legado que fundamentaria a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003).

Nesse espaço, usuários denunciaram práticas desumanizadoras em serviços de saúde, especialmente em ambientes hospitalares, onde relatos de maus-tratos, gestão

verticalizada e desrespeito eram frequentes. Essas críticas evidenciaram a urgência de um modelo de atenção que ultrapassasse a lógica reducionista da doença, apontando para a necessidade de integralidade do cuidado (Ceccim, 2005).

A demanda da população ia além do tratamento de agravos e emergências: exigia-se um SUS capaz de acolher, escutar e promover qualidade de vida, considerando as dimensões psicossociais, culturais e emocionais dos usuários.

A XI CNS também expôs as limitações de gestões centralizadoras, que falharam em responder às necessidades das populações mais vulneráveis (Souza; Carvalho, 2003). Ao trazer essas questões para o centro do debate, a conferência não apenas denunciou falhas estruturais, mas plantou as sementes para políticas transformadoras, incluindo a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003) Esse momento histórico reforçou a ideia de que humanizar a saúde não é um gesto de bondade, mas um direito e um compromisso ético com a dignidade humana (Ayres, 2009).

Como desdobramento das demandas levantadas na XI CNS, o Ministério da Saúde instituiu um comitê técnico-ético, composto por profissionais de saúde multidisciplinares, com a missão de elaborar estratégias para enfrentar os problemas crônicos do setor hospitalar (Brasil, 2001).

Esse comitê desenvolveu um projeto piloto, implementado em 10 hospitais públicos distribuídos em regiões com distintas realidades sociais, culturais e econômicas. A escolha por essa diversidade não foi aleatória: visava captar as nuances das desigualdades brasileiras e testar a adaptabilidade das propostas (Campos, 2003).

Durante cinco meses, as equipes locais foram acompanhadas por supervisores, que mapearam desafios e boas práticas.

Os resultados deste piloto foram decisivos. Eles não apenas evidenciaram a viabilidade de mudanças concretas - como a criação de grupos de trabalho horizontais e a valorização da escuta qualificada - mas também subsidiaram a estruturação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal programa representou um avanço na modernização e humanização dos hospitais brasileiros, entretanto, outros cenários de cuidado também demandavam transformações que precisam ser implementadas com urgência.

Apesar de seus avanços, o PNHAH foi descontinuado poucos anos após sua criação, principalmente por limitações estruturais e políticas (Brasil, 2004). Um dos principais fatores que levaram à sua extinção foi sua abordagem segmentada, voltada exclusivamente para o ambiente hospitalar, o que dificultava a integração com outros níveis de atenção e com a rede de serviços do SUS (Pedroso, 2009). Além disso, a ausência de mecanismos de articulação entre gestão e trabalhadores nos diversos pontos da rede impunha barreiras à continuidade e à efetividade das ações.

Logo, percebeu-se a necessidade de uma política abrangente, capaz de transversalizar os princípios da humanização em toda a rede de atenção à saúde. Essa compreensão deu origem, em 2003, à Política Nacional de Humanização (PNH), que incorporou e ampliou os aprendizados do PNHAH (Pasche; Passos, 2008). No entanto, não se pode esquecer que ambas as iniciativas foram criadas para dar sustentabilidade ao SUS, melhorando o fluxo e a resolutividade dos atendimentos.

A PNH foi concebida com o propósito de tornar a humanização um eixo estruturante das políticas públicas de

saúde, e não apenas um conjunto de ações isoladas (Brasil, 2004).

Para isso, ela se baseia em três princípios fundamentais: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. A transversalidade propõe a superação da fragmentação dos processos de trabalho e do saber, estimulando a comunicação entre os diversos atores e setores do SUS (Deslandes, 2021).

A indissociabilidade entre atenção e gestão reforça que o modo de cuidar está diretamente relacionado à forma como os serviços são organizados, planejados e geridos. Já o protagonismo e a corresponsabilidade reconhecem os usuários, trabalhadores e gestores como sujeitos ativos no processo de produção do cuidado e das políticas de saúde (Deslandes, 2021).

Com base nesses princípios, a PNH estabelece diretrizes que orientam as ações em diferentes contextos (Brasil, 2004). Entre elas, destaca-se o acolhimento com escuta qualificada, que busca valorizar o encontro entre profissional e usuário, considerando suas necessidades singulares e promovendo uma escuta ativa e respeitosa (Deslandes, 2021). A valorização do trabalhador da saúde é outra diretriz central, reconhecendo que condições adequadas de trabalho, formação e apoio institucional são essenciais para a construção de práticas humanizadas (Campos, 2007).

A gestão participativa e cogestão, por sua vez, propõem a construção coletiva das decisões nos serviços, com a participação de todos os envolvidos, favorecendo o diálogo e a corresponsabilidade. Outras diretrizes incluem a ambiência, que visa tornar os espaços físicos mais acolhedores e funcionais, e a resolução dos conflitos por

meio do diálogo, incentivando práticas democráticas e solidárias nos serviços de saúde (Pasche; Passos, 2010).

Na atualidade, a PNH continua sendo uma referência fundamental para a construção de um SUS comprometido com a ética, a equidade e o cuidado integral (Brasil, 2004). No entanto, sua efetividade depende do fortalecimento de uma cultura institucional que reconheça a importância da escuta, da solidariedade e da participação social como elementos estruturantes do cuidado (Deslandes, 2021).

Nesse cenário, destaca-se o papel do HumanizaSUS, como movimento e política que visa integrar os princípios da PNH às práticas cotidianas de atenção e gestão em saúde, estimulando transformações nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores.

O HumanizaSUS propõe a construção de vínculos, o compartilhamento de saberes e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos como formas de enfrentamento das práticas excludentes e burocráticas ainda presentes no sistema.

Diante das recorrentes crises na saúde pública brasileira, reafirmar os princípios da PNH é essencial para resistir aos processos de desumanização e para promover um modelo de atenção que reconheça a complexidade dos sujeitos e das relações no ambiente hospitalar e em toda a rede de saúde.

A humanização, portanto, permanece como uma prática política e ética indispensável à consolidação de um SUS que acolha e respeite a vida em todas as suas dimensões (Campos, 2007).

Considerando esse contexto histórico e as suas transformações no campo da saúde, a humanização da assistência hospitalar consolidou-se como um pilar essencial das práticas de cuidado, o que reflete diretamente na

qualidade dos serviços ao fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários.

A sua trajetória evolutiva foi marcada por distintas concepções de saúde e cuidado, iniciando-se com práticas assistenciais pautadas na caridade e na religiosidade, até alcançar modelos contemporâneos que buscam integrar os avanços tecnológicos às dimensões subjetivas e relacionais do cuidado.

Como marco relevante, a implementação de políticas públicas como a Política Nacional de Humanização (PNH) representou um avanço significativo na construção de um SUS mais justo, ético e eficaz, que reconhece a complexidade e a singularidade dos sujeitos e valoriza a escuta, o acolhimento e a corresponsabilidade.

Assim, as mudanças históricas no campo da saúde evidenciam a urgência de romper com práticas excludentes e técnicas desprovidas de sensibilidade, promovendo um cuidado que articule ciência, ética e empatia.

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: POR UMA MEDICINA ALÉM DOS ÓRGÃOS

O hospital, enquanto espaço central do cuidado à saúde, representa um ambiente altamente tecnificado e simbólico. Nesse contexto, a humanização surge como uma estratégia fundamental para qualificar a assistência, buscando superar a fragmentação das relações e o predomínio da tecnologia sobre a dimensão humana do cuidado.

Humanizar é tratar o paciente como um ser integral, reconhecendo suas necessidades físicas, emocionais e sociais, garantindo o respeito à sua dignidade. Para os profissionais de saúde, especialmente os médicos, isso

significa adotar uma postura ética, empática e responsável, promovendo uma nova forma de cuidar que integre ciência e sensibilidade. Assim, a humanização se torna essencial para transformar práticas centradas na doença em práticas centradas na pessoa (Rabahi, 2018).

A evolução dos hospitais e das práticas médicas ao longo da história revela como o cuidado em saúde foi, muitas vezes, marcado por lógicas de controle, exclusão e tecnicismo. Desde a forte influência da Igreja na Idade Média até o avanço da medicina científica no século XX, a atenção hospitalar priorizou o tratamento da doença, muitas vezes em detrimento da dimensão humana do cuidado. No Brasil, fatores como desigualdade social, urbanização e modelos centralizados de gestão acentuaram práticas desumanizadoras nos serviços de saúde (Rehem, 2007).

Diante desse cenário, a humanização surge como um movimento necessário para transformar o cuidado em saúde, reconhecendo o paciente em sua totalidade – física, emocional, social e cultural. A partir da década de 2000, especialmente com a XI CNS, a humanização passou a integrar as políticas públicas, promovendo valores como escuta qualificada, empatia, acolhimento e valorização da ambiência hospitalar.

Em sua dimensão prática, a humanização representa um compromisso ético com a dignidade, o respeito e a equidade no atendimento, essencial para garantir um sistema de saúde mais justo, inclusivo e centrado na valorização das pessoas (Brasil, 2000; Deslandes, 2002).

Por outro lado, o paradigma biomédico ainda se apresenta como um fator determinante para o distanciamento na relação médico-paciente, à medida que os profissionais de saúde são frequentemente colocados em uma posição de onipotência nos processos de cura. Essa

postura reforça e reproduz um paradigma biopolítico marcado pelo predomínio das relações de poder, acentuando a tensão, a estranheza e as incertezas vividas no contexto hospitalar (Foucault, 2021).

Nos hospitais, observam-se diversos reflexos do modelo cartesiano, que fragmenta o indivíduo para o “cuidado” do seu corpo, dissociando-o de suas outras dimensões que não sejam o caráter físico. Essa concepção mostra-se inadequada ao induzir essa departamentalização da pessoa, pois, na verdade, todas as esferas humanas estão conjugadas para que o paciente apresente uma manifestação clínica.

Entretanto, a própria organização hospitalar reforça o modelo cartesiano ao estabelecer a setorialização em especialidades, em que as pessoas são separadas conforme a sua doença, ou referidas pelo número de seu leito (Souza, 2009), perdendo a sua identidade humana.

Essa ruptura com o paradigma tradicional abre espaço para o olhar além da doença, privilegiando a comunicação e a criação de vínculo entre o médico e o paciente. Mas como direcionar essa conduta?

Nesse tocante, a disponibilidade do profissional e a empatia são primordiais, e a arte dessa relação não se encontra somente no que é trazido ao profissional, mas na busca ativa, no tato, na sensibilidade para com a realidade daquele paciente.

Além disso, também abarcando o que está implícito no olhar, nos trejeitos, nos gestos e nas entrelinhas de falas, pois a atenção a todos esses aspectos constitui o cerne de um atendimento humanizado.

Identificar as reais demandas de um paciente é uma tarefa primordial na prática médica, especialmente para o adequado direcionamento de cuidados, e para que o

abandono, a humilhação, a negligência e a fragilidade deem lugar a um sentimento de acolhimento, conforto e autonomia (Dutra; Quagliato; Nardi, 2022).

Diante desse panorama humanizador, a formação médica mostra-se crucial para sensibilizar e orientar os profissionais quanto à temática. Aqueles que tiveram em sua formação uma grade curricular englobando temáticas relacionadas às humanidades, tendem a valorizar uma conduta ética e humanizada.

Entretanto, não se pode esquecer também que a formação médica não atua isoladamente, sofrendo influência da própria subjetividade, da personalidade, do contexto social, econômico, político e familiar dos profissionais, sendo um processo complexo (Martins; Almeida; Malbergier, 2023).

Além disso, é importante ressaltar as influências do modelo capitalista nas relações laborais dentro da assistência hospitalar. Nesse cenário, a produtividade, a técnica e a massificação do cuidado se fazem presentes, com prejuízo da individualização dos atendimentos, sendo fundamental se perguntar que tipo de cuidado está sendo ofertado: com uma ação responsável e solidária, ou como uma mera prestação de serviços?

Muitos médicos se permitem fazer esse questionamento, mas outros se deixaram levar pelo cansaço, pela rotina dos atendimentos e pela precarização de suas condições de trabalho, os quais podem operar na contramão da humanização, especialmente em um contexto em que a rapidez e produtividade são priorizadas (Braga; Oliveira, 2022).

Dessa forma, a gestão desponta como elemento mediador indispensável para uma série de processos envolvendo a organização institucional e busca da

humanização no ambiente hospitalar. O alinhamento dos protocolos com as demandas específicas de cada instituição é muito importante, pois exige o olhar atento do gestor para transpor as linhas gerais protocolares e adaptá-las às necessidades individuais que surgem dos profissionais, dos pacientes e das relações entre eles.

Além disso, a sincronia e boa comunicação entre os profissionais de saúde também são primordiais, já que o acolhimento, na visão humanística do atendimento, também requer uma boa interação da equipe na promoção do cuidado integral (Pacheco; Magalhães, 2023).

Com efeito, a política institucional deve abarcar a visão humanizadora, pois esta se reflete na estrutura, nas condutas dos profissionais e, em última instância, no atendimento e satisfação do paciente.

O investimento em ações e treinamentos de humanização para os profissionais que atuam em hospitais também deve ser priorizado, pois o cuidado direcionado ao profissional também se reflete no tratamento que este ofertará aos pacientes.

A valorização do trabalho e do trabalhador, como diretriz da PNH, é essencial e deve ser favorecida. Além disso, deve estar alinhada com modelos de gestão participativa, em que o profissional tenha voz e autonomia dentro da instituição, seja respeitado e tenha uma boa relação com seus colegas, pois essa conjuntura quando favorável, implica melhores resultados no atendimento humanizado (Martin-Ferreres, 2025).

O design, a estrutura física, a estética e a ambiência hospitalar também são fatores elementares quando se trata de garantir uma assistência hospitalar humanizada. Um exemplo muito claro disso é a configuração tradicional dos hospitais, que se demonstra um obstáculo nesse tocante,

uma vez que seus inúmeros corredores se assemelham a um labirinto, o qual não transmite conforto e acolhimento aos pacientes.

O próprio acesso dos profissionais aos leitos dos pacientes pode ser dificultado por uma configuração espacial imprópria, afetando a segurança e atenção dada ao paciente, o que implica em uma sensação de distanciamento na relação entre ele e o profissional de saúde (Bernhardt, 2022).

Quando se trata de ambiência, aspectos que vão além do que é estático e físico devem ser levados em consideração, a exemplo de ruídos, cor, iluminação, tamanho, espaços destinados ao acesso à natureza, ao descanso e ao lazer, assim como a própria acessibilidade do hospital para pessoas com limitações físicas.

A lógica de ambiência está pautada principalmente em um ambiente favorável à socialização, boas interações e bem-estar das pessoas nos hospitais, sendo fundamental um olhar cuidadoso para ela (Oliveira, 2022).

Diante do exposto, é evidente que a assistência humanizada envolve diferentes elementos que se relacionam e se enredam em um processo complexo e intrincado. A humanização se mostra, então, uma dimensão que excede o caráter humano, pois embora seus desdobramentos afetem os indivíduos, os aspectos que condicionam essa relação vão desde um ensino de qualidade e uma boa gestão, até aspectos físicos e abstratos da ambiência.

Assim, pensar a humanização é também firmar um compromisso contínuo com a dignidade de cada sujeito, sendo ele paciente, familiar, acompanhante ou integrante da equipe profissional hospitalar. Esse ambiente deve permitir a construção de um espaço não apenas de cura, mas de

respeito e acolhimento, o que só é possível ao reconhecer que trabalhar em saúde é um ato profundamente humano.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: QUAIS AVANÇOS JÁ PODEM SER OBSERVADOS NA MEDICINA?

A humanização médica no contexto hospitalar transcende a mera assistência técnica, abrangendo dimensões éticas, relacionais e emocionais que impactam diretamente na eficácia terapêutica.

Nas últimas décadas, estratégias voltadas para dignidade, empatia e respeito ao paciente ganharam destaque, embora ainda existam lacunas a serem superadas para consolidar ambientes de saúde verdadeiramente humanizados.

Este capítulo explora iniciativas contemporâneas e desafios nesse campo, com ênfase em tecnologias digitais, abordagens terapêuticas complementares e inovações arquitetônicas.

O uso de ferramentas digitais tem se mostrado fundamental para aproximar pacientes, familiares e equipes de saúde. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, chamadas de vídeo mitigaram o isolamento de internados, preservando vínculos afetivos e reduzindo a sensação de solidão – fatores críticos para a recuperação (Pancieri, 2023).

A telemedicina também emergiu como recurso valioso, democratizando o acesso a especialistas em regiões remotas e viabilizando acompanhamento longitudinal sem ônus de deslocamento.

Contudo, a tecnologia apresenta dualidades. Se por um lado, as inteligências artificiais (IA) otimizam processos burocráticos – liberando profissionais para dedicarem mais

tempo ao contato direto com pacientes –, por outro, levanta-se o debate sobre os limites da substituição no cuidado humano. Máquinas não replicam toque, escuta ativa ou julgamento clínico contextualizado.

No entanto, ferramentas como Chat GPT (OpenAI), Copilot (Microsoft) e Bard (Google) têm sido exploradas como coadjuvantes na comunicação médica, auxiliando na transmissão de notícias difíceis ou na adaptação de linguagem técnica para termos acessíveis.

Plataformas desse tipo permitem simulações de diálogos sensíveis, capacitando profissionais a abordarem pacientes e familiares com maior empatia (Rajagopalan, 2023).

Para além da tecnologia, intervenções lúdicas e sensoriais têm ganhado espaço em hospitais. Oficinas de contação de histórias, musicoterapia e terapias assistidas por animais (TAA) ressignificam a experiência hospitalar, especialmente em Pediatria, onde o medo de procedimentos é frequente (Ferreira, 2021).

A palhaçoterapia, realizada por "doutores-palhaços", ilustra esse avanço: ao promover riso e descontração, reduz ansiedade, fortalece a adesão terapêutica e beneficia até mesmo equipes médicas, criando ambientes mais leves (Barros Junior, 2024).

Outro exemplo é um projeto que englobou a leitura como elemento transformador, proporcionando às crianças autonomia por meio da liberdade de escolha do que preferiam fazer: ler, parar a leitura ou desenhar (Sousa, 2023).

As histórias incluíam fatos familiares à vida delas, abrangendo procedimentos hospitalares, como cateterismo e cirurgias, o que as levou à identificação com os

personagens e a relatarem espontaneamente suas experiências umas com as outras.

Essas iniciativas evidenciam como a mobilização de recursos criativos para cativar as crianças é eficaz em um contexto de intensa aprendizagem, onde se instiga também sua criatividade, imaginação e autopercepção.

Além da ala pediátrica, embora seja grande o avanço da humanização na área, vários benefícios a pacientes de diferentes idades podem ser observados pelas estratégias mencionadas.

Nas Terapias Assistidas por Animais (TAA), por exemplo, a percepção social de seus benefícios abrange desde os tutores dos animais até a equipe de saúde e os pacientes. Felicidade, relaxamento, plenitude e satisfação são algumas das sensações trazidas pela TAA, porém, embora seja uma estratégia muito válida, necessita de planejamento, pois pacientes têm preferências em relação à presença de pets no ambiente hospitalar (Fischer; Zanatta, 2021).

Ademais, é necessário priorizar a biossegurança, tanto de pacientes, quanto de animais, sendo primordial o treinamento dos pets e a adequação de ambientes específicos para essas interações, onde animal e paciente tenham mais liberdade para o contato (Fischer; Zanatta, 2021).

Nesse contexto, não só as atividades desenvolvidas, mas também a arquitetura hospitalar tem sido repensada como parte essencial do cuidado humanizado. Espaços com iluminação natural, jardins terapêuticos e áreas de convivência amenizam a frieza institucional, associando-se a menor estresse e menor tempo de internação.

Estudos já evidenciaram que ambientes projetados com elementos biofílicos – como madeira, plantas e cores

suaves – estimulam a produção de endorfinas, acelerando a recuperação (Marvulle; Lima, 2024).

A humanização pictórica mostra-se um exemplo interessante para amenizar essa atmosfera desoladora dos hospitais. Esse tipo de humanização evoca a premissa de que a arte pode desempenhar um papel fundamental em promover a sensação de bem-estar nas pessoas.

Valendo-se das pinturas de paisagens naturais e artísticas, com a utilização de cores calmas e suaves, elas transmitem conforto e tranquilidade em quem as observa (Neri, 2022). Mesmo que não sejam capazes de anular o sofrimento, firmam-se como um ponto de conforto e distração em meio à tensão e aos medos que os pacientes ou acompanhantes apresentam nesse cenário.

Humanizar a Medicina exige integração multifatorial: tecnologia a serviço da relação médico-paciente, práticas terapêuticas inovadoras e infraestrutura física acolhedora. Embora os desafios persistam, como a resistência a mudanças culturais em instituições tradicionais, as iniciativas aqui descritas demonstram que é possível conciliar avanço técnico e calor humano.

Investir nesse equilíbrio não apenas eleva a qualidade do cuidado, mas redefine o próprio significado de cura, e tal exercício é essencial em uma prática médica que valorize a humanização como eixo central do cuidado humano.

AVANÇOS E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: POR UMA MEDICINA HUMANIZADA E INTEGRAL

A humanização da assistência hospitalar vai além da cordialidade no atendimento, sendo essencial para ressignificar o modelo biomédico tradicional.

Historicamente, os hospitais evoluíram de espaços de caridade para instituições tecnológicas, refletindo mudanças na concepção do cuidado em saúde.

No Brasil, essa transformação foi impulsionada por políticas públicas e avanços científicos e tecnológicos, fortalecendo a importância da ética, da escuta qualificada e da ambiência hospitalar.

Nesse cenário, compreende-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) busca superar a fragmentação do atendimento ao promover um olhar integral sobre o paciente, o que tem estimulado a criação de inúmeras estratégias para mitigar os efeitos da hospitalização tais como palhaoterapia, terapias assistidas por animais e arquitetura biofílica.

Além disso, outro aspecto relevante enfatiza o papel da gestão hospitalar quanto à valorização de seus profissionais, à comunicação efetiva objetivando a busca pela resolutividade e o incentivo à participação corporativa.

Apesar dos avanços, desafios como a resistência cultural e a predominância do modelo biomédico ainda dificultam a humanização e a integralidade do cuidado, de modo a reconhecer o paciente como um sujeito e não apenas como um caso clínico ou um número.

Por isso, investir em práticas humanizadas na Medicina melhora não só os desfechos clínicos, como também reforça um sistema de saúde mais equitativo e centrado na dignidade humana. Por essa razão, é preciso reinventar a humanização, de tal forma que os hospitais possam ser vistos como espaços de acolhimento e de defesa da vida.

Os hospitais configuram-se como espaços de cuidado integral, mas ainda enfrentem desafios estruturais e institucionais para a consolidação de uma assistência

verdadeiramente humanizada e respeitosa, que considere a singularidade e a complexidade de cada sujeito em cuidado.

Tal finalidade demanda dos acadêmicos e profissionais da área médica a aposta em novos modelos de atenção, que considerem a saúde como um direito de cidadania. Humanizar a assistência hospitalar não depende só de ações, mas envolve a sensibilidade para reconhecer que a Medicina vai muito além de curar e tratar.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

BARROS JUNIOR, J. et al. Palhaçoterapia em hospitais: impacto no bem-estar emocional de pacientes pediátricos. Revista de Saúde Humanizada, v. 12, n. 3, p. 45-60, 2024.

BERNHARDT, J. et al. Why hospital design matters: A narrative review of built environments research relevant to stroke care. International Journal of Stroke, v. 17, n. 4, p. 370-377, abr. 2022.

BRAGA, J. C. DE S.; OLIVEIRA, G. C. DE. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, p. e00325020, 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 1ª edição, 1ª reimpressão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_naci

onal_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 11^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-11a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. História e evolução dos hospitais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1965. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e cogestão de coletivos. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAPRARA, A. et al. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/sq6d8>. Acesso em: 12 maio 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira. A formulação da Política Nacional de Humanização e seus desdobramentos: uma análise a partir da história oral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 44, e268625, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/s5z9kxXVwzXMq8wJPRCxNRQ/>. Acesso em: 12 maio 2025.

DUTRA, E. P.; QUAGLIATO, L. A.; NARDI, A. E. Improving the perception of respect for and the dignity of inpatients: a systematic review. *BMJ Open*, v. 12, n. 5, p. e059129, 12 maio 2022.

FERREIRA, R. et al. Terapias não farmacológicas em ambientes hospitalares: uma revisão sistemática. *Journal of Humanized Care*, v. 8, n. 2, p. 112-130, 2021.

FISCHER, M. L.; ZANATTA, A. A. Percepção social sobre atividade assistida por animais em hospitais. *Revista Bioética*, v. 29, p. 615–628, 18 out. 2021.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. São Paulo: Santa Efigênia, 2021.

LIMA, R. S. et al. Arquitetura biofílica em espaços hospitalares: uma análise nos projetos da rede Sarah. *Gestão & Tecnologia de Projetos*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/gestaodeprojetos/article/view/212053>.

MARTIN-FERRERES et al. Challenges for hospital management in supporting nurses to deliver humanized care. *Journal of Nursing Management*, v. 32, n. 1, e12422, 2025.

MARTINS, C. B.; ALMEIDA, J. G. DE; MALBERGIER, A. Os efeitos de um treinamento sobre humanização entre médicos comparados a não médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, p. e062, 10 jul. 2023.

MARVULLE, A. L. G. Arquitetura hospitalar humanizada e sustentabilidade: o caso de estudo do Hospital São Camilo Pompéia, projeto do arquiteto Siegbert Zanettini. 2024. Dissertação (Mestrado em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo) – Instituto de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2024.

NERI, E. et al. Parental Distress and Affective Perception of Hospital Environment after a Pictorial Intervention in a Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 15, p. 8893, 22 jul. 2022.

OLIVEIRA, C. et al. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, eAPE03216, 2022.

PACHECO, J. de F.; MAGALHÃES, L. E. R. Humanização na gestão hospitalar: um olhar atento para profissionais e pacientes. *Revista Visão: Gestão Organizacional*, p. e3144–e3144, 3 jul. 2023.

PANCIERI, A. P. Telemedicina e humanização: desafios pós-pandemia. São Paulo: Editora Saúde, 2023.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. *HumanizaSUS: política que faz saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública Santa Catarina*, v. 1, n. 1, p. 91–100, 2008.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 701–708, 2009.

RABAHI, M. F. A meta da humanização: do atendimento à gestão na saúde. Rio de Janeiro: DOC Content, 2018.

RAJAGOPALAN, S. et al. Inteligência artificial na comunicação médica: ética e aplicações práticas. *Bioética Digital*, v. 5, n. 1, p. 78-95, 2023.

REHEM, R. Os hospitais e a nova realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 843–846, 1 ago. 2007.

RODRIGUES, K. Como eram os hospitais há um século, bem antes do SUS. Casa de Oswaldo Cruz, [s.d.]. Disponível em: <https://ppghcs.coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/como-eram-os-hospitais-ha-um-seculo-bem-antes-do-sus/>.

SOUSA, N. A. et al. O uso de história em quadrinhos no cuidado à criança na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enfermagem*, v. 28, 2023.

SOUZA, K. O. J. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia*, p. 73–87, 2009.

Página deixada em branco de forma intencional



COMUNICAÇÃO MÉDICA NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA: O PACIENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE

*César Furtado; Gabriel Pinto; Gustavo Bordalo
Ferraz Santos; João Vitor Ferreira de Oliveira;
Marcelo Passos; Rafael Souza; Renato Cardoso de
Oliveira; Guísela Gabriela Silveira de Souza; Ana
Cristina Vidigal Soeiro*

A comunicação médica em Oncologia transcende a simples função de repasse de informações clínicas, sendo também um importante instrumento terapêutico na medida em que é essencial para o acolhimento, a construção de vínculo terapêutico e o fortalecimento da autonomia do paciente durante toda a jornada de cuidado, ou seja, desde a prevenção até o diagnóstico e tratamento, englobando também os cuidados paliativos.

Nesse cenário, as habilidades de comunicação constituem um ponto chave na linha de cuidados médicos, devendo ser priorizadas como um aspecto essencial na abordagem junto ao paciente, à família e à equipe de saúde. Não se trata de limitar essa discussão ao tratamento oncológico, mas de reconhecer a sua complexidade e riqueza no cuidado às pessoas afetadas direta ou indiretamente pela doença.

O PANORAMA DO CÂNCER NA SOCIEDADE ATUAL

O câncer é um problema de saúde no mundo todo, além de ser uma doença com elevada prevalência em muitos países. Nos últimos 10 anos, sua incidência cresceu 20% e mais de 25 milhões de novos casos são previstos no mundo. No Brasil, a situação se mostra ainda mais crítica, tendo em vista que a previsão do número de novos problemas oncológicos no país é de 704 mil casos para o triênio 2023-2025(Oliveira Santos et al., 2023).

Além disso, a incidência da doença se mostra muito diversa no território brasileiro, devido às suas dimensões continentais e a sua heterogeneidade populacional, sendo observada elevada prevalência de casos na pele, mama próstata, cólon e reto, pulmão, estômago, colo de útero e outros de menor proporção (Oliveira Santos et al., 2023).

Atualmente, a constatação de mutações genéticas relacionadas ao câncer pode gerar intenso sofrimento emocional, mesmo na ausência de diagnóstico. Isso ocorre porque a doença ainda é fortemente associada à representação de morte, dor e sofrimento, o que justifica muitas das reações emocionais diante de uma confirmação diagnóstica (Visintin et al., 2024).

Embora as respostas sejam as mais diversas, as crenças acerca do câncer, a história pessoal ou familiar, as experiências anteriores e as condições de saúde mental, podem influenciar a forma como a doença é encarada por pacientes e familiares.

É certo que os avanços científicos e tecnológicos possibilitaram melhores chances para detecção precoce da doença, o que representa um importante salto nas possibilidades de tratamento curativo. Entretanto, em razão dos vários simbolismos da doença, é necessária uma abordagem comunicacional que integre aspectos técnicos, éticos e humanísticos, o que ressalta a importância desse tema no âmbito da formação e prática médica.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CENÁRIO DA ONCOLOGIA

A comunicação no contexto oncológico é de grande importância para o entendimento, orientação e estabelecimento de vínculo entre pacientes, familiares e equipe de saúde.

Contudo, para desempenhar adequadamente sua função, é necessário que ela seja assertiva, com linguagem clara e que consiga ser sensível e empática, especialmente em situações envolvendo o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e o óbito.

No manejo dessas situações, é necessária uma excelente preparação técnica e afetiva dos profissionais em saúde, para que sejam capazes de realizar uma comunicação adequada com pacientes e familiares (Fátima Vidotti e Reis, 2020).

Considerando a complexidade do cenário oncológico, é de fundamental importância uma comunicação médico-paciente eficaz, que leve em consideração o cuidado na transmissão das informações, visando ao acolhimento e à mitigação do sofrimento emocional do paciente e sua família (Melo et al., 2022).

Além disso, a comunicação com o paciente se mostra fundamental, antes mesmo da confirmação do diagnóstico oncológico. Ela, na verdade, é um componente das políticas de controle do câncer, sendo importante para ampliar o conhecimento sobre prevenção e detecção precoce da doença.

Em adição, ela também contribui para a desconstrução de estigmas que retardam a busca pelo cuidado em saúde, de modo a estimular o empoderamento do paciente e a promoção de sua participação ativa nas decisões quanto ao cuidado com sua saúde (Assis, 2023).

O investimento no desenvolvimento de habilidades comunicacionais tem sido uma preocupação em muitos cenários do ensino em saúde, mas ainda se observam lacunas, seja na graduação, na residência, como também nos serviços de assistência médica. Entretanto, protocolos como o SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*) têm sido utilizados na aquisição de competências para comunicação de notícias difíceis, como uma tentativa de superar as limitações existentes (Baile et al., 2000).

De fato, na Oncologia, o uso destes protocolos tem favorecido a comunicação de notícias difíceis, as quais costumam estar presentes no itinerário terapêutico de pacientes. Entretanto, ainda que sejam válidos nesse tipo de comunicação, não são capazes de solucionar a lacuna deixada pela falta de capacitação e de investimento na qualidade da relação entre os envolvidos no processo (Fátima Vidotti e Reis, 2020).

O cuidado humanizado alicerça-se sobretudo em uma adequada comunicação médico-paciente e na capacidade de perceber e responder às necessidades biopsicossocioespirituais de cada indivíduo. Sob essa óptica, o estabelecimento de uma escuta ativa, a criação de vínculos empáticos e a valorização das dimensões emocionais e espirituais do indivíduo constituem elemento fundamental no fortalecimento do sentimento de dignidade, criando, assim, um ambiente propício à confiança e à colaboração mútua (Anacleto, Cecchetto e Riegel, 2020).

Nesse sentido, tanto pacientes, como familiares e cuidadores, devem ser privilegiados na comunicação médica, o que demanda do profissional a disponibilidade para esclarecer dúvidas, o uso de linguagem acessível e a manutenção de uma relação contínua e integrada com a equipe de saúde. Tais fatores aumentam a sensação de segurança e pertencimento, sendo indispensáveis ao bem-estar e maior adesão ao tratamento (Amaral et al., 2023; Munhoz et al., 2014).

Para garantir uma comunicação em saúde eficiente, a Associação Italiana de Oncologia Médica (AIOM) elaborou um conjunto de recomendações que abrange não apenas o contato direto com o paciente, mas também as interações com a mídia e comunidade científica.

Assim, preconiza-se a diminuição das barreiras comunicacionais, sobretudo por meio da adaptação do vocabulário ao nível de compreensão do paciente. Além disso, torna-se importante investigar a percepção sobre o diagnóstico, valorizando principalmente a clareza e a empatia na transmissão das informações (Berardi et al., 2024; Munhoz et al., 2014).

Outro ponto importante na comunicação em saúde inclui situações em que temas delicados precisam ser abordados pela equipe médica, a exemplo do encaminhamento aos cuidados paliativos. Recomendações indicam que esse tema deve ser introduzido de forma gradual, minimizando o medo, a sensação de abandono ou a desesperança.

Assim, as conversas iniciais devem ser focadas em melhorar a qualidade de vida e minimizar os efeitos colaterais do tratamento para só então, se necessário, abordar temas referentes à terminalidade. Além disso, familiares e cuidadores em contexto paliativo precisam estabelecer uma relação de confiança com o médico responsável e com a equipe, o que exige o manejo de comunicações difíceis de uma forma acolhedora e empática (Munhoz et al., 2014).

Essa abordagem comunicacional cuidadosa visa atenuar choques emocionais, preservar a esperança realista a respeito da progressão do quadro clínico e reforçar ao paciente que os cuidados paliativos não representam uma desistência frente ao prognóstico, e sim uma ampliação assistencial com objetivo de maximizar a qualidade de vida (Munhoz et al., 2014).

Ademais, no cenário da Oncologia, a comunicação não deve estar centrada apenas na transmissão de informações clínicas para o paciente, mas sim na construção de laços de

confiança em meio às dúvidas e angústias que comumente acompanham a evolução da doença e do tratamento.

Para o paciente oncológico, o momento do anúncio do diagnóstico frequentemente gera um intenso impacto emocional imediato: ao ouvir a palavra "câncer", o mundo congela, o relógio do tempo silencia.

O médico, naquele momento, torna-se o responsável não apenas por garantir a transmissão técnica da notícia, mas também assume a função de ser o primeiro profissional a oferecer suporte emocional e a orientar as etapas iniciais para o enfrentamento da doença.

Nesse sentido, o protocolo SPIKES surgiu não apenas como um roteiro de atuação a ser seguido, mas como um convite para humanizar a técnica de comunicação médica com o paciente oncológico. Constituem etapas do protocolo (Baile et al., 2000):

1. **Preparar o ambiente (*Setting*):** Uma sala silenciosa, olhos nos olhos, sem pressa. Nada de falar em pé, entre uma porta e outra. O espaço físico diz: "Este momento é seu".
2. **Entender a percepção (*Perception*):** "O que você já sabe sobre sua saúde?" Essa pergunta simples revela medos ocultos e desfaz mal-entendidos antes que eles avancem.
3. **Convidar para o diálogo (*Invitation*):** "Precisamos conversar sobre seu quadro clínico". Alguns pacientes querem todos os detalhes; outros, apenas o essencial. Respeitar esse direito é o primeiro passo para não transformar informação em violência.

4. **Compartilhar o conhecimento (*Knowledge*):** Aqui, a linguagem vira uma ponte ou uma barreira. Termos como "neoplasia" podem ser escudos para o médico, mas deixam o paciente sozinho no vazio. "O que você prefere: que eu seja direto ou que a gente converse passo a passo?"

5. **Acolher as emoções (*Emotions*):** O silêncio depois da notícia é sagrado. Um choro, um tremor, uma pergunta que parece irracional, tudo é parte da resposta. Nenhum protocolo substitui uma palavra humanizada como por exemplo, "posso ver como isso é difícil para você".

6. **Traçar uma estratégia (*Strategy*):** A esperança não está em promessas vazias, mas em um plano claro. "Vamos enfrentar isso juntos" não é um clichê, é um pacto.

A importância da utilização do SPIKES como estratégia comunicacional é devida ao fato de que os pacientes podem apresentar menores níveis de ansiedade e maior adesão ao tratamento, mesmo quando em fases avançadas.

O avanço tecnológico trouxe exames mais precisos e terapias inovadoras, mas nenhum algoritmo substitui a presença do médico, cujo olhar transpassa a doença e é capaz de observar as necessidades da pessoa por trás do diagnóstico (Baile et al., 2000; Fujimori et al., 2022).

Uma boa comunicação dentro da prática oncológica é tão fundamental quanto a própria prescrição terapêutica, não podendo ser reduzida à simples transmissão de informações médicas.

Ela envolve um processo dinâmico, que seja capaz de ajudar o entendimento do paciente sobre sua doença, sua participação nas escolhas terapêuticas e sua experiência emocional ao longo da trajetória de cuidado, tendo impacto direto na qualidade de vida e na eficiência do tratamento.

Quando o médico é capaz de abordar o paciente sob diversas perspectivas, estabelecendo a escuta ativa, a empatia e a continuidade no vínculo, consegue ofertar um cuidado humanizado. Formar profissionais capazes de ouvir, acolher e dialogar é, portanto, indispensável para a construção de uma prática médica em Oncologia mais humana, inclusiva e eficaz.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

A comunicação no contexto da oncologia representa um componente do cuidado médico de grande importância, pois o diagnóstico do câncer não afeta somente o paciente, mas também a sua família, que precisa enfrentar as dificuldades relacionadas à doença e ao tratamento, presenciando e sentindo as incertezas que acompanham esse processo.

A família representa uma rede de apoio ao paciente, especialmente na realização de exames, no acompanhamento dos tratamentos e na administração de medicamentos.

Assim, é fundamental no apoio emocional, o que é de grande relevância em uma doença que tende a ter quadros de melhora e piora, gerando uma instabilidade emocional constante. Assim, ao abordar o contexto oncológico, é importante lembrar que a rede familiar tem grande

importância no processo terapêutico (Magalhães; Daltro; Reis, 2023).

Uma questão fundamental na comunicação em Oncologia é a relação entre a equipe médica e a família do paciente. Médicos relatam que, nos casos em que há um contato mais frequente e duradouro com a família, a comunicação se torna mais eficaz. Dessa forma, é possível adaptar melhor a abordagem, escolher uma linguagem que a família consiga compreender, prever possíveis reações e desenvolver estratégias para lidar com elas.

Além disso, é possível conhecer o nível de preparo emocional da família e do paciente para receber determinadas informações, permitindo que seja possível realizar uma comunicação mais respeitosa e sensível.

Ademais, outro ponto relevante é que, quando o médico já é uma figura familiar, isso pode facilitar a transição do momento do diagnóstico para o início do tratamento oncológico, tornando esse processo menos traumático e mais acolhedor (Wharton; Beeler; Cooper, 2021).

Um aspecto importante a ser abordado é a morte iminente. Quando um paciente se aproxima dos seus últimos dias de vida, o diálogo médico torna-se fundamental, não apenas com o próprio paciente, mas também com seus familiares. Assim, é essencial oferecer apoio que os ajude a se preparar para esse momento, tanto emocional quanto cognitivamente.

Uma pesquisa realizada em 22 hospitais de sete países europeus e sul-americanos revelou que, embora 87% das famílias fossem informadas sobre a morte do ente querido, apenas 63% receberam orientações sobre o que esperar durante esse processo.

Essa falta de preparo pode deixar os familiares desamparados diante da perda, gerando uma sensação de "negócio inacabado" que, mais tarde, pode evoluir para quadros de depressão e angústia no luto (Mori et al., 2022).

Diante desse cenário, atitudes compassivas, que transmitam calma e tratem a situação com delicadeza e clareza, são essenciais por parte do médico. Elas não apenas acolhem a dor da família, mas também ajudam a lidar com um momento difícil, evitando o surgimento de emoções negativas que poderiam perdurar (Mori et al., 2022).

Dentre os desafios no processo comunicacional, destaca-se a linguagem utilizada pelos médicos e pela equipe, principalmente porque familiares e cuidadores podem não ter acesso a informações técnicas sobre a doença e o tratamento. Assim, a falta de conhecimento sobre o assunto pode impactar na compreensão do diagnóstico, dos encaminhamentos e do próprio tratamento

Além disso, muitas vezes palavras como "massa", "tumor" ou "crescimento" acabam sendo confusas, o que pode levar a equívocos e lacunas na compreensão das informações, como se deixassem o paciente e sua família "no escuro" (Wharton; Beeler; Cooper, 2021).

Ademais, é fundamental considerar com quem se está comunicando. Cada paciente e sua família têm particularidades nesse processo, e as reações diante de uma notícia delicada variam bastante.

Alguns preferem ser os primeiros a compartilhar a informação, outros esperam a confirmação do diagnóstico na esperança de obter algum suporte emocional; há ainda aqueles que desejam comunicar imediatamente ou delegam essa tarefa a terceiros. Em certos casos, opta-se por contar primeiro aos familiares mais próximos, e só depois aos demais.

Considerando a diversidade de contextos, a comunicação precisa se adaptar às necessidades e desejos da rede familiar e da pessoa diagnosticada, sempre respeitando seus limites e acolhendo suas escolhas. Assim, é essencial criar um ambiente que incentive a expressão sincera dos sentimentos e emoções envolvidos.

Outro ponto importante é considerar a expectativa do paciente em relação à reação de seus familiares. Muitas vezes, isso gera medo, insegurança e dúvidas sobre como revelar a situação, o que reforça a importância do apoio contínuo da equipe médica. Cabe ao profissional de saúde acolher, encorajar e acompanhar o paciente, ajudando-o a lidar com os possíveis desfechos e com as emoções que surgem ao longo desse processo (Young et al., 2023).

Outrossim, é importante destacar que, em certos casos, o paciente precisa ser apoiado diante de pressões familiares. Profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, relatam que um dos desafios mais delicados na relação entre o paciente e sua família ocorre quando há divergência em relação à decisão de interromper um tratamento (Xavier; Gentili, 2012).

Isso acontece porque a família não compreende completamente a gravidade da condição clínica e, por vezes, nega a possibilidade da morte iminente. Essa negação pode dificultar o respeito à autonomia do indivíduo acometido pela doença, especialmente quando ele ainda se encontra em plena capacidade de decisão.

A família pode acabar impondo suas vontades, como em casos em que, mesmo após o paciente expressar o desejo de não continuar com determinada terapia, os familiares insistem na sua continuidade, tirando sua independência e poder decisório.

Diante disso, é fundamental que médicos e outros profissionais estejam atentos à influência familiar na tomada de decisões. Assim, devem oferecer suporte ao paciente, ajudá-lo a reafirmar sua autonomia e garantir que suas escolhas sejam respeitadas, mesmo diante de pressões externas (Laryionava et al., 2021).

Tal como ocorre com o paciente, a comunicação com familiares e cuidadores precisa ser simples e direta. Isso porque familiares e pacientes preferem conversas honestas com seus médicos, pois apesar das emoções suscitadas pelas notícias, desejam entender o que está acontecendo, o que irão enfrentar e como seguir.

Em certas ocasiões, a tentativa de suavizar os impactos das informações e a utilização de uma linguagem mais indireta, acabam por afetar o processo de aceitação do diagnóstico e compreensão das notícias (Wharton; Beeler; Cooper, 2021).

Em se tratando de pacientes oncopediátricos, as preocupações com a comunicação médica são diversas, visto que a criança ocupa uma posição central no sistema familiar como alguém dependente de cuidados e de afeto. Assim, o diagnóstico de câncer em uma criança costuma provocar uma perturbação na harmonia familiar, que repercute intensamente sobre toda a sua estrutura (Campos; da Silva; da Silva, 2019).

No contexto das emergências oncológicas pediátricas, a família enfrenta mudanças abruptas na dinâmica de integração de seus membros, exigindo uma reconfiguração dos papéis parentais, adaptações na rotina diária e reavaliações das prioridades socioeconômicas.

Muitas vezes, um dos responsáveis precisa abandonar o trabalho para dedicar-se integralmente aos cuidados da criança, impactando a estabilidade financeira.

Paralelamente, muitas famílias buscam a dimensão espiritual como fonte de conforto, na tentativa de fortalecer a esperança diante dos desafios trazidos pela doença (Campos; da Silva; da Silva, 2019).

O grupo familiar no contexto oncológico é emocionalmente vulnerável diante das incertezas que permeiam o prognóstico e a imprevisibilidade do curso clínico. Sentimentos de angústia, desespero e antecipação do luto, mesmo em fases em que a criança ainda apresenta boa resposta terapêutica, podem repercutir não apenas sobre a saúde mental dos pais e cuidadores, mas também afetar o ambiente emocional em que a criança está inserida, influenciando seu próprio enfrentamento da doença (Vieira da Silva; Bonamigo Gasponi, 2020).

Em se tratando de adultos, o diagnóstico de câncer frequentemente representa não apenas uma crise individual, mas também um marco de profunda desestabilização para a família. Ao contrário da infância, fase em que a responsabilidade pela comunicação recai majoritariamente sobre os responsáveis, a abordagem comunicacional com o paciente adulto deve preservar ao máximo a autonomia.

Para a família, a doença oncológica impõe a necessidade de se reconfigurar diante de uma nova realidade, permeada por incertezas e medo, em que muitas vezes o desejo do paciente pode não coincidir com o de seus familiares (Laryionava et al., 2021).

No âmbito do atendimento oncológico, a família necessita compreender a doença, os tratamentos disponíveis e o prognóstico, o que leva frequentemente os familiares a se envolverem de maneira intensa na trajetória do cuidado. Esse envolvimento, entretanto, muitas vezes se associa à sensação de impotência e incapacidade, tanto da

parte dos familiares quanto do próprio paciente, desencadeando processos de luto antecipatório — uma forma de sofrimento emocional vivenciado antes da efetiva perda física (Carvalho, 2008; Gomez et al., 2023).

A sobrecarga decorrente do adoecimento transcende os aspectos emocionais, alcançando aspectos socioeconômicos. A necessidade de dedicação aos cuidados diários e a insegurança financeira — sobretudo quando o paciente ocupava o papel de provedor principal — forçam uma reconfiguração dos papéis familiares.

Em muitos casos, é necessário redistribuir funções; por exemplo, no caso de pessoas casadas, o cônjuge, em vários momentos, precisa alterar sua rotina de trabalho ou até mesmo renunciar a atividades profissionais para garantir a presença constante junto ao paciente. Essa alteração no funcionamento familiar exige adaptação e resiliência, de tal forma que a família possa lidar com os vários fatores estressantes que acompanham o processo de cuidado (Santos; Oliveira; Lemos, 2021).

Em pacientes idosos, configura-se um quadro de elevada complexidade clínica e emocional. Nesse contexto, a família desempenha um papel relevante no suporte psicológico, funcionando como base no enfrentamento das adversidades. Além disso, os laços afetivos oferecem ao idoso conforto e segurança, elementos que são essenciais para mitigar os anseios relacionados à finitude, que muitas vezes intensificam o sofrimento (Campos; da Silva; da Silva, 2019).

O adoecimento do idoso também expõe o núcleo familiar a intensos sentimentos de luto antecipado, pois a experiência oncológica, somada ao avançar da idade, evidencia a fragilidade da vida e impõe à família a necessidade de lidar com a iminência da perda. O impacto da

idade não se limita ao aspecto biológico; ele interfere na forma como o paciente e sua família percebem e se adaptam a essa realidade (Campos; da Silva; da Silva, 2019).

Assim, tanto o idoso quanto seus familiares vivenciam simultaneamente processos de luto simbólico e reelaboração emocional, o que ressalta a importância de uma comunicação médica sensível e contínua, como ferramenta de acolhimento e fortalecimento dos vínculos familiares (Carvalho, 2008).

COMUNICAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE: UM PILAR PARA A ABORDAGEM MÉDICA EM ONCOLOGIA

A comunicação entre os profissionais de saúde no contexto da Oncologia representa um componente essencial para a qualidade assistencial, especialmente nos cuidados de fim de vida. Em pacientes oncológicos, a trajetória da doença frequentemente culmina em situações clínicas complexas que demandam tomadas de decisão éticas, técnicas e emocionais altamente sensíveis (Braga et al., 2024).

No campo da Oncologia, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são instrumentos que permitem ao paciente expressar, de maneira prévia, suas preferências quanto aos cuidados e tratamentos de saúde que deseja ou não receber em situações futuras de incapacidade de manifestação.

As DAV ganham particular relevância, pois auxiliam na condução dos cuidados de fim de vida e asseguram a preservação da autonomia do paciente, mesmo em estágios avançados da doença (Arruda et al., 2019)

Para que as DAV sejam efetivamente respeitadas, a comunicação interprofissional precisa ser contínua, clara e baseada em princípios éticos sólidos. Todos os membros da equipe devem ter pleno conhecimento das diretivas e

compreendê-las de maneira homogênea, a fim de evitar interpretações divergentes que possam comprometer o respeito às preferências e à vontade do paciente.

A literatura destaca que falhas na comunicação sobre as DAV podem levar a intervenções fúteis, prolongamento do sofrimento e conflitos éticos entre a equipe e a família. Outrossim, as percepções individuais dos profissionais, moldadas por valores pessoais e experiências prévias, podem influenciar a interpretação das diretivas, o que torna essencial a criação de espaços de diálogo aberto e reflexões éticas coletivas (Silva et al., 2019)

Logo, reuniões regulares, documentações claras e protocolos de comunicação estruturada são estratégias recomendadas para assegurar que as DAV sejam respeitadas ao longo da evolução clínica do paciente. Assim, a comunicação interprofissional eficaz constitui um pilar fundamental para a implementação ética e humanizada das DAV no cuidado oncológico.

A oncologia contemporânea é, por natureza, multidisciplinar e deve priorizar uma abordagem integral. Por essa razão, o cuidado ao paciente oncológico envolve médicos oncologistas, clínicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e, em muitos casos, profissionais com experiência em cuidados paliativos (Martins;Nelli; Rossit, 2022). Essa diversidade de olhares e saberes potencializa o cuidado, mas também cria desafios comunicacionais importantes.

A falta de alinhamento entre os membros da equipe pode resultar em condutas incongruentes, informações desconexas transmitidas ao paciente e seus familiares, além de decisões clínicas que não respeitam integralmente as preferências expressas nas DAV. Todas essas possibilidades ensejam a necessidade de uma boa comunicação e

integração entre os membros da equipe, visando ao cuidado integral, ético e responsável.

Médicos são responsáveis pelo diagnóstico e pela definição do plano terapêutico, baseando-se em evidências científicas e integrando os saberes com os demais profissionais, de forma que o paciente seja considerado como um todo.

Enfermeiros são fundamentais para a atenção contínua dos pacientes e seus familiares, avaliação clínica, gestão do cuidado e educação em saúde. Farmacêuticos colaboram para a efetividade e segurança dos tratamentos medicamentosos e monitoramento de possíveis efeitos adversos (Martins;Nelli; Rossit, 2022).

Psicólogos e assistentes sociais têm um papel crucial no suporte psicossocial e emocional do paciente e seus familiares, especialmente na área oncológica, pois a maioria dos pacientes encontram-se em sofrimento. Nutricionistas e fisioterapeutas contribuem para a manutenção do estado nutricional e funcional dos pacientes, o que influencia diretamente a resposta do indivíduo ao tratamento (Martins;Nelli; Rossit, 2022).

Considerando que a Oncologia é por natureza um campo interdisciplinar, é crucial que a equipe de saúde possa definir papéis e responsabilidades conjuntas. Além disso, deve haver uma comunicação contínua entre seus integrantes, visando a troca de informações e a escuta ativa.

Tal integração se faz necessária na medida em que o ambiente oncológico é um cenário de alta complexidade e permeado por intenso sofrimento, exigindo uma atuação ética, empática e articulada.

A comunicação interprofissional no contexto da Oncologia é fundamental para o estabelecimento do cuidado integral ao paciente, embora enfrente obstáculos

significativos que podem comprometer sua eficácia. Embora a diversidade de saberes e práticas seja enriquecedora, pode também corroborar para o surgimento de desafios que precisam ser reconhecidos e superados, a fim de assegurar a qualidade da assistência prestada ao paciente (Bryant et al., 2022).

A complexidade da atuação da equipe multidisciplinar exige um compromisso efetivo com a colaboração entre os membros da equipe. Entretanto, um dos principais desafios no contexto do tratamento oncológico é o estabelecimento de hierarquias nas equipes de saúde, uma vez que cada profissional possui uma formação específica e uma visão particular em relação ao cuidado, o que pode gerar barreiras na comunicação entre os seus integrantes.

Frequentemente, a existência de uma estrutura hierárquica inibe a participação efetiva de todos os integrantes, a exemplo de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que mesmo detendo informações relevantes sobre o estado clínico do paciente, podem hesitar em questionar ou complementar as decisões médicas, o que compromete a integralidade da assistência (Bryant et al., 2022).

Os impactos negativos da comunicação interpessoal deficiente entre a equipe multidisciplinar recaem quase que inteiramente sobre os pacientes e suas famílias. Quando não há um alinhamento eficaz entre os profissionais, o plano de tratamento torna-se desorganizado, aumentando o risco de erros e eventos adversos. Esse cenário se agrava ainda mais no contexto oncológico, em que o paciente se encontra em estado de maior vulnerabilidade, tanto no aspecto físico quanto psicológico.

Outra barreira significativa na comunicação interprofissional é a sobrecarga de trabalho e o tempo limitado. A oncologia é uma área que demanda atenção constante, devido ao fato de que os pacientes frequentemente se encontram em condições graves e necessitam de intervenções urgentes.

Nesse cenário, as rodadas interprofissionais — reuniões entre os profissionais de saúde — deveriam ser momentos de discussão e alinhamento minuciosos; porém, frequentemente são realizadas de forma apressada ou até mesmo omitidas.

Do mesmo modo, profissionais que possuem uma carga horária intensa podem ser excluídos dessas decisões, resultando em uma fragmentação da comunicação e, conseqüentemente, comprometendo o cuidado integral do paciente (Bryant et al., 2022).

A COMUNICAÇÃO MÉDICA COMO PILAR DO CUIDADO ONCOLÓGICO

A comunicação médica no contexto da Oncologia assume um papel central e vai além da simples transmissão de informações clínicas. Trata-se de um recurso terapêutico indispensável, capaz de promover acolhimento, construir vínculos e oferecer suporte emocional ao paciente e sua família.

Dessa forma, diante da complexidade inerente ao diagnóstico e tratamento do câncer, a capacidade de comunicar-se com sensibilidade, tanto com o paciente, quanto com a sua família, e realizar a escuta ativa, torna-se uma competência ética e humana fundamental.

Por fim, a equipe multidisciplinar precisa estar alinhada em suas ações para manter a coerência no plano de

tratamento, considerando que a desconexão entre os profissionais de saúde causa prejuízos à família e ao paciente em um momento de dificuldades emocionais. Nesse sentido, é indispensável que a equipe médica favoreça o diálogo e a intersetorialidade das ações, de modo que os pacientes oncológicos e seus familiares se sintam acolhidos e validados pela equipe em suas demandas psicoemocionais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. P. S. et al. A comunicação da equipe de saúde com o paciente com câncer sob a ótica de familiares. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, v. 7, n. 2, e134635, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i2.134635>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ANACLETO, G.; CECCHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 9, n. 2, p. 246–254, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2737>. Acesso em: 10 mar. 2025.

ASSIS, M. de. Comunicação em saúde na prevenção e detecção precoce do câncer: em busca de práticas mais dialógicas e inclusivas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 1, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2879>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BAILE, W. F. et al. SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BERARDI, R. et al. Communication in oncology between healthcare providers, patients, the scientific community, and the media: recommendations from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *Supportive Care in Cancer*, v. 32, n. 9, p. 613, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08786-8>. Acesso em: 15 mar. 2025.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M. da; SILVA, J. J. da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*, v. 27, n. 4, 2019.

CARVALHO, C. da S. U. de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1765>. Acesso em: 11 mar. 2025.

CASTRO, L. S. de et al. Families of children with cancer in pediatric oncology emergency services: unveiling meanings. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0323en>. Acesso em: 18 mar. 2025.

DEBOER, R. J. et al. A scoping review of clinical communication in cancer care in Africa. *The Oncologist*, v. 30, n. 4, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyaf039>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DIAS, R. da S.; SILVA, T. A. S. M. da. Comunicação de notícias difíceis em enfermagem oncológica: implicações na relação interpessoal com o binômio paciente-família. *Revista de Enfermagem da UFJF*, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2024.v10.39703>. Acesso em: 10 mar. 2025.

FUJIMORI, M. et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, v. 32, n. 20, p. 2166–2172, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.2756>. Acesso em: 17 mar. 2025.

GÓMEZ, I. B. et al. Duelo anticipado en familiares de personas con demencia. Variables psicosociales asociadas y su impacto sobre la salud del cuidador: una revisión de literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, v. 58, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101374>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MELO, C. D. F. et al. Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00226>. Acesso em: 13 mar. 2025.

MUNHOZ, B. A. et al. De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. *Einstein (São Paulo)*, v. 12, n. 4, p. 485–491, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014RC3091>. Acesso em: 18 mar. 2025.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 1, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 10 mar. 2025.

VIEIRA DA SILVA, C.; BONAMIGO GASPODINI, I. A influência da participação familiar no tratamento do paciente

oncológico. C&H, v. 1, n. 1, p. 74–88, 2020. Disponível em: <https://rechhc...> Acesso em: 25 abr. 2025.

VISINTIN, C. D. N. et al. Impacto emocional do diagnóstico de mutação genética relacionada ao câncer de mama: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 41, e220115, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/9jWDCmFmDf6yNrMZqCmmMxC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2025.

WHARTON, B.; BEELER, D. M.; COOPER, S. The 'Day Zero Talk': the Initial Communication of a Pediatric Oncology Diagnosis by Primary Care Physicians and Other Primary Care Providers. *Journal of Cancer Education*, v. 37, n. 3, p. 728–738, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9199113/>. Acesso em: 22 mar. 2025.



VIOLÊNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MANEJO MÉDICO

*Ana Lygia dos Santos Corrêa Prado; Eluan Giovanni
Ferreira Pinheiro; Jéssica Batista Souza; Larissa
Espíndola Lobato; Marina Barros Coelho; Rafaela
Carvalhoes Matias; Valentina Aiko Macedo Kisen;
Oneli de Fátima Teixeira Gonçalves*

A violência é um fenômeno social amplo e complexo, que pode ser entendido como o uso intencional da força física ou do poder - de forma direta ou em ameaça - contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou comunidade, podendo resultar em lesões, morte, sofrimento psicológico, traumas, entre outros prejuízos (OMS, 2002).

Na área da saúde pública, é reconhecida como um fenômeno social importante que afeta diretamente as condições de vida, o bem-estar e o acesso aos direitos e recursos essenciais para uma vida digna.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental nesse cenário, uma vez que casos podem surgir de forma silenciosa na rede de saúde, necessitando de atenção durante todo o processo de identificação, condução e encaminhamento.

Os profissionais da saúde que compõe a APS são sujeitos estratégicos para a prevenção, identificação e intervenção precoce em situações de violência (Mendonça et al., 2020). O reconhecimento de vítimas de violência física, principalmente, é uma responsabilidade crucial dos médicos da APS durante o exame físico dos pacientes.

A exposição contínua a situações violentas- física, emocional, moral, entre outras- está relacionada ao surgimento de diversos problemas de saúde, como traumas físicos e transtornos mentais, incluindo ansiedade, depressão e até doenças crônicas (Ribeiro et al., 2009).

Para compreender melhor o impacto da violência sobre a saúde, é essencial considerar as vulnerabilidades enfrentadas pelos grupos sociais mais atingidos. Nesse sentido, a violência deve ser analisada e compreendida de forma ampla, considerando o contexto de desigualdade, exclusão e negação de direitos em que a pessoa ou grupo

está inserido — o que ressalta seu papel direto e indireto no processo de adoecimento.

Para uma compreensão mais ampla sobre a violência como condicionante da saúde, é preciso identificar as vulnerabilidades que tangem os grupos sociais mais afetados. Assim, é possível caracterizar que a violência é um fator complexo e multifatorial, no qual precisa ser analisada sob o âmbito da saúde.

Frente ao exposto, os diferentes tipos de violência e seus efeitos na saúde, bem como a relação entre vulnerabilidade social e violência, possibilitam uma compreensão mais adequada do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como articuladora dos cuidados integrais ao indivíduo, à família e à comunidade.

A APS assume, assim, uma função estratégica na promoção da saúde e na prevenção da violência, atuando como eixo central no enfrentamento de seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde (Ramos et al., 2016). Dessa maneira, compreende-se a saúde, enquanto instituição, como elemento central no processo de prevenção da violência e de promoção do bem-estar coletivo.

A VIOLÊNCIA E SUAS MODALIDADES

Para entender a violência como um fator que influencia a saúde, é necessário compreender de que maneira ela pode se manifestar. Seja de forma silenciosa, com marcas sutis de agressividade, seja de maneira mais explícita, com marcas bem expressivas. Assim, conhecer os tipos ou modalidades de violência e seus impactos é imprescindível para ter uma compreensão sobre a violência que está sendo tratada.

Violência física, refere-se ao uso da força com o objetivo de causar dor, ferimentos ou até a morte (OMS, 2002). É um dos tipos mais visíveis e conhecidos de violência que pode deixar sequelas físicas graves e comprometer seriamente o bem-estar da pessoa. É uma das manifestações que mais afeta o campo da saúde, uma vez que, além de ser banalizada na sociedade, impacta diretamente na integridade física do indivíduo, caracterizando-se como uma forma mais explícita de violência.

Violência emocional ou psicológica, envolve atitudes como humilhações, ameaças, intimidações ou xingamentos que afetam o estado emocional e a autoestima da vítima (Brasil, 2023). Embora frequentemente negligenciada, essa forma de violência está fortemente associada a transtornos mentais como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.

É uma manifestação violenta comumente mais implícita e estigmatizada do que as demais. Por isso, requer mais atenção dos profissionais de saúde quanto ao manejo adequado e quanto a sua influência no processo de adoecimento.

Violência sexual, engloba qualquer ato de natureza sexual realizado sem o consentimento da vítima, como estupro, assédio e exploração sexual (ONU, 2021). Os danos vão desde infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada até impactos psicológicos profundos, como traumas e dificuldades nos relacionamentos afetivos.

Apresenta uma característica complexa que envolve tópicos sensíveis quanto a integridade moral e engloba danos físicos e mentais, demonstrando a necessidade de um acompanhamento sistematizado das vítimas por uma equipe multiprofissional, além da atenção sensível da família.

Violência patrimonial, consiste no controle ou destruição de bens materiais ou financeiros de alguém, com o objetivo de gerar dependência e limitar sua autonomia (Brasil, 2006). Esse tipo de violência compromete o acesso da vítima a recursos essenciais, afetando também sua saúde emocional. É comumente silenciosa e se manifesta aos poucos, deixando a vítima confusa e à parte da sua condição. É importante uma grande sensibilidade para reconhecer esse traço violento a fim de promover o manejo de cuidado e tratamento das vítimas.

Violência estrutural, está relacionada a práticas e normas presentes nas estruturas sociais, políticas e econômicas que impedem ou dificultam o acesso de determinados grupos a direitos básicos (Brasil, 2022). É uma forma de violência menos visível, mas extremamente prejudicial, pois está na raiz das desigualdades em relação ao cuidado à saúde e as condições sociais, podendo causar danos psicológicos profundos e irreversíveis nas vítimas.

Diante do exposto, entende-se que a violência, em suas diversas manifestações, tem um impacto profundo na saúde física e mental das pessoas. Enfrentá-la exige sensibilidade, políticas públicas eficazes e uma abordagem que leve em conta os contextos sociais e históricos que a perpetuam, visando sempre a promoção do cuidado integral e a garantia dos direitos de todos.

GRUPOS SOCIAIS VULNERÁVEIS E A VIOLÊNCIA

A partir do entendimento da violência como um fenômeno altamente complexo e multicausal, torna-se necessário uma perspectiva que integre os diferentes níveis de influência dos seus fatores de risco, a fim de reconhecer os principais grupos atingidos pela violência. Para isso, o

Modelo Ecológico (Dalhberg; Krug et al., 2006) - padrão amplamente utilizado em estudos sobre violência e saúde pública - promove uma análise estruturada e hierarquizada desse processo, considerando quatro níveis interconectados: individual, relacional, comunitário e estrutural.

Inicialmente tem-se o nível individual, no qual fatores sociais e histórico pessoal, como uso de substâncias, baixa escolaridade, traumas vivenciados, relacionam-se intimamente ao aumento da propensão à violência, seja como vítima ou agressor.

Em continuidade, no nível relacional, analisa-se a influência das relações interpessoais (dinâmicas familiares disfuncionais, relações abusivas, isolamento social) para a perpetuação da violência, visto que essas têm potencial de moldar o comportamento do indivíduo e o âmbito da sua experiência (Casique et al., 2006).

Já no nível comunitário, investigam-se aspectos do ambiente de vivência nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como a precariedade da moradia, acesso limitado a serviços públicos e desigualdade social. Por fim, no nível estrutural, variáveis macroestruturais (normas sociais e culturais, políticas públicas ineficazes e impunidade dos agressores frente ao sistema judicial) podem tanto mitigar, quanto reforçar a violência na sociedade (Casique et al., 2006).

Diante disso, percebe-se que a utilização desse modelo torna possível compreender como diferentes fatores, em diversos níveis, se relacionam e influenciam os vários tipos de violência, facilitando ou não sua ocorrência. Assim, viabiliza-se a identificação de grupos particularmente vulneráveis, entendendo que estes estão mais suscetíveis a fatores de risco com potencial condição de

vítima. Dentre esses grupos destacam-se as mulheres, as crianças e os idosos.

É válido ressaltar que a violência contra a mulher se caracteriza como uma das expressões mais críticas à violação dos direitos humanos atualmente, sendo reconhecida como um problema de saúde pública global (OMS, 2024b).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que cerca de 30% das mulheres em todo o mundo já sofreram violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou de terceiros (OMS, 2024b). Tal situação inclui, não apenas as agressões físicas, mas também, abusos psicológicos, violência patrimonial e feminicídio. Assim, cabe analisar a vulnerabilidade feminina à violência sobre a óptica do modelo ecológico.

No campo mais individual, a dependência emocional e econômica, traumas e transtornos prévios e o medo de retaliação do parceiro, tornam algumas mulheres mais vulneráveis à violência. É onde se destaca a violência sexual, comumente infringida pelo parceiro íntimo. No âmbito relacional, os mecanismos de controle e dominação, ao impedir a autonomia feminina, dificultam as denúncias e a ruptura do ciclo.

No nível comunitário, a fragilidade das redes de apoio, falta de acolhimento institucional e a normalização da violência em determinadas comunidades reforçam a sensação de impotência das vítimas. Já no nível estrutural, a fragilidade da eficiência das legislações, as normas patriarcais e principalmente a impunidade dos agressores parece naturalizar a violência de gênero.

Os impactos da opressão feminina ultrapassam as consequências físicas e psicológicas imediatas. Mulheres que vivenciam tais situações apresentam risco maior de

desenvolvimento de transtornos mentais, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, além de poder comprometer a produtividade e a inserção da mulher no mercado de trabalho, o que corrobora ainda mais a desigualdade de gênero. A OMS destaca a violência contra a mulher não apenas como uma violação dos direitos humanos, mas também um obstáculo ao desenvolvimento social econômico das comunidades (OMS, 2022).

Paralelamente, a violência infantil também é evidenciada como uma grave lacuna na saúde pública mundial (OMS, 2022). Segundo a OMS, estima-se que até um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos tenham sofrido violência física, sexual ou emocional em algum momento de suas vidas (OMS, 2022).

Tal circunstância prevalece em diversos contextos, incluindo o ambiente doméstico, as escolas, as comunidades (Sherr et al., 2017) e até mesmo instituições destinadas à proteção infantil, como os orfanatos (Suniega et al., 2022). Além das agressões físicas, outras formas comuns dessa violência são: exploração infantil, negligência parental e bullying, fatores que afetam profundamente o desenvolvimento das crianças.

Diante desse cenário, colocando em prática o Modelo Ecológico, tem-se o nível individual representado pela idade precoce, imaturidade emocional, desconhecimento sobre seus direitos e a dependência dos cuidadores como dificultadores de denúncias e do reconhecimento de situações abusivas. No nível relacional, a violência doméstica e a negligência parental aumentam os riscos de maus-tratos. O nível comunitário se destaca pela exposição da criança à violência em escolas e bairros com altos índices de criminalidade, bem como a falta de instituições de

assistência social e psicológica, elementos cruciais na perpetuação do ciclo da violência.

Finalmente, o nível estrutural se mostra nas falhas dos sistemas de proteção à infância e na normalização de castigos físicos aos mais novos, acarretando o enraizamento final dessa patologia social.

Acerca dos impactos da opressão contra as crianças, esses são profundos e de longa duração. A exposição infantil a violências e experiências adversas, além de estar relacionada a maior probabilidade de desenvolver transtornos emocionais, também estão associadas a um maior risco de doenças crônicas na vida adulta, como problemas cardiovasculares e metabólicos.

No contexto social, a violência infantil exacerba as dificuldades escolares, os problemas de comportamento (podendo resultar em isolamento social) e, principalmente, uma maior chance de envolvimento do indivíduo com a criminalidade na adolescência e na vida adulta, sustentando o ciclo de violência na sociedade (OMS, 2022).

Por fim, vale enfatizar a violência contra os idosos como uma preocupação crescente na área da saúde pública, em razão do aumento do número de pessoas em relação ao envelhecimento populacional. Conforme a OMS, aproximadamente um em cada se pessoas com 60 anos ou mais já sofreu algum tipo de abuso em ambientes comunitários nos últimos anos (OMS, 2024a).

Tal fenômeno, como os outros já citados, pode se manifestar de diversas formas (agressão física, psicológica, financeira, negligência e exploração) e pode ter sua causalidade hierarquizada a partir do Modelo ecológico.

No nível individual, a fragilidade física e o comprometimento cognitivo estão relacionados ao aumento da dependência e do isolamento social, que facilita a

ocorrência de maus-tratos intensificado pela vulnerabilidade senil.

No nível relacional, a dependência econômica e emocional de familiares e cuidadores pode exacerbar contextos de sobrecargas e dinâmicas familiares abusivas, viabilizando agressões. No nível comunitário, a carência de assistencialismo ao idoso e a exclusão social reforçam a invisibilidade das vítimas e perpetuação da violência.

No nível estrutural, a impunidades dos agressores, determinadas normas socioculturais que desvalorizam o envelhecimento e a fragilidade e despreparo dos serviços de saúde favorecem a manutenção desse cenário.

Os impactos da violência senil, semelhante às outras, afeta as diversas esferas do indivíduo. A exposição a situações de opressão está intimamente relacionada a quadros de desnutrição, comprometimento da autonomia e agravamento de doenças crônicas, aumentando o risco de hospitalizações frequentes e mortalidade precoce.

No âmbito social e psicológico, a naturalização do etarismo social contribui diretamente o isolamento/exclusão social, o desenvolvimento de transtornos mentais, e o entrave no acesso a serviços de assistência, reforçando esse ciclo de vulnerabilidade (Santos et al., 2020).

Ressalta-se que, para além das mulheres, crianças e idosos, outros grupos sociais também estão sujeitos a elevados riscos de violência, como a população LGBTQIA+, povos originários, pessoas pretas e indivíduos com deficiências.

A violência contra indivíduos LGBTQIA+ expressa-se principalmente pela discriminação estrutural, pela exclusão social e até mesmo por homicídios motivados por LGBTfobia, fator enraizado na conjuntura social atual.

Já a população indígena enfrenta um histórico de opressões relacionadas principalmente a conflitos territoriais, como a expropriação de suas terras tradicionais, fator intimamente ligado ao comprometimento da organização social e cultural desses povos (Soares et al., 2021).

Paralelo ao apresentado, a população preta é afetada de forma desproporcional pela violência, sendo alvo recorrente das diversas formas de racismo (estrutural, institucional, interpessoal, cultural etc.). Apresenta uma situação crítica de vulnerabilidade social. Finalmente, as pessoas com deficiência (PCDs) também enfrentam frequentemente violências, carências e barreiras físicas e institucionais, proporcionando a exclusão sistemática e a diminuição da participação social dos PCDs (Soares et al., 2021).

Dessa maneira, fatores como etnia, gênero, idade, orientação sexual, características físicas, dentre outros, tem a capacidade de apresentar dados sobre situações de vulnerabilidade social.

Portanto, torna-se essencial o reconhecimento das especificidades e as características de violência que acontecem dentro dos variados grupos, assim como os fatores de risco e a relação com a violência, para que medidas de saúde pública possam ser tomadas em prol dos que necessitam da assistência e o respeito a integridade e dignidade humana.

O MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA ATUAÇÃO NO ACOLHIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce centralidade no que tange o acesso ao Sistema Único de

Saúde (SUS), já que a APS se posiciona como contato primário, com propósito da integração e humanização (Brasil, 2017).

Atrelado a isso, o reconhecimento da violência, como uma demanda social e um problema de saúde pública, permite a mobilização de setores diversos da sociedade na formação de uma rede de apoio (Brasil, 2017). Dessa forma, a percepção da APS como porta de entrada para pessoas vítimas de violência torna-se ponto estratégico da política de combate à violência.

Nesse sentido, a Atenção Básica (AB) permite a articulação e integralidade entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o SUS, onde uma equipe multiprofissional contribui para a prevenção, atenção e desenvolvimento de ações sociais. Sendo assim, o papel da AB como responsável pela coordenação do cuidado, do fluxo e contrafluxo expõem a atuação dessa na percepção de demandas e condicionantes da saúde na população (Araújo Neto et al., 2021).

Sob essa perspectiva, a APS desempenha um papel crucial na identificação e enfrentamento da violência infantil, especialmente nos casos de violência física e psicológica (Correia et al., 2022).

Dessa forma, é responsabilidade da equipe da APS identificar sinais de violência, seja ela de qualquer natureza, através de exames físicos e da análise da história clínica da criança ou adolescente, uma vez que esse tipo de violência é mais difícil de ser identificada pelo fato de, na maioria dos casos, ocorrer em ambiente familiar (Nascimento et al., 2024).

O médico da APS é um profissional estratégico essencial nesse processo devendo implicar-se com a responsabilidade de reconhecer casos de violência, uma vez que esse profissional tem um comprometimento com a

pessoa humana, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não, apenas detentor de um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças (Costa et al, 2023).

Por isso, é fundamental que os profissionais da APS, aqui com destaque para o médico, compreendam o contexto em que a violência ocorre, levando em conta os fatores de risco, vulnerabilidade e proteção da criança ou adolescente. Esse entendimento ajuda a guiar a intervenção, com o objetivo de promover o bem-estar da vítima.

O contato contínuo com a família é essencial para a detecção de possibilidade de risco que a criança ou adolescente, a mulher, o idoso, a pessoa possa estar vivenciando, o que possibilita ao profissional uma compreensão mais próxima da dinâmica familiar, facilitando a identificação de sinais de violência.

Assim, a APS, por meio de uma equipe multidisciplinar, é essencial não apenas para identificar e intervir, mas também para garantir que a criança ou adolescente tenha acesso ao suporte necessário para seu desenvolvimento saudável.

Outra atuação indispensável da AB no combate à violência é no auxílio e na notificação da violência doméstica (D'Oliveira et al., 2020). Atrelado ao posicionamento primário do APS, no qual a AB atua como porta de entrada para a população no SUS, o serviço atua longitudinalmente junto com a comunidade e o ciclo familiar do território adscrito, assim, favorecendo a AB no que tange a busca de ajuda para a violência vivida.

Ou seja, a Atenção Primária possui fundamental papel na identificação, prevenção e enfrentamento da violência contra mulher, seja no reconhecimento de sinais precoces, ou no apoio contínuo e acompanhamento dessas vítimas. De

tal maneira, a AB tem atribuição na saúde pública, mas também papel importante na segurança social.

OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE

A violência, como visto anteriormente, em suas múltiplas formas – física, psicológica, sexual, coletiva- atinge diversos grupos sociais, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos; com isso, ela atua como condicionante da saúde, gerando um impacto social mundialmente (OMS, 2002). A violência, de modo geral, desencadeia consequências para o sistema de saúde.

Com o crescente número de vítimas a super ocupação dos hospitais torna-se inevitável, diante da necessidade de atendimentos de urgência e emergência, internações hospitalares, tratamentos prolongados, reabilitações, suporte psicológico, entre outros, resultam em sobrecarga dos serviços disponibilizados pelas instituições de saúde pública, além disso promove um aumento no custo financeiro das vítimas e dos órgãos públicos.

Brown e Holder (2023) em um estudo sobre a intervenção contra a violência em hospitais na Carolina do Norte, referem que os valores gerados pela violência interpessoal, custa entre US\$ 173 e 332 bilhões por ano nos Estados Unidos. Isso demonstra o grau de influência dessa problemática no contexto financeiro dos tratamentos hospitalares para as vítimas de violência.

Diante de tal evidência, percebe-se que a violência compromete, diretamente, recursos que poderiam ser mais adequadamente empregados em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fortalecimento dos sistemas de saúde.

Os atendimentos hospitalares das vítimas das diversas formas de violência, expõe que essa problemática impacta não apenas a saúde individual, mas também a saúde coletiva, uma vez que com a elevação dos custos nessa área, os recursos que deveriam ser destinados para outras áreas da saúde pública ficam comprometidos, originando assim uma carência de insumos necessários para o pleno funcionamento dos hospitais (Peterson et al., 2023).

Ademais, vale ressaltar que o impacto financeiro da violência no sistema de saúde varia de acordo com o tipo de violência sofrida, sua gravidade e as consequências geradas para a vítima, pois cada forma de violência – seja física, sexual, psicológica, doméstica ou armada – exige diferentes níveis de atenção e recursos do sistema.

Tais condições influenciam, diretamente, nos custos, sendo a violência sexual uma das que mais causa impacto financeiro, muitas vezes, de longa duração, visto que além dos atendimentos imediatos, as vítimas desenvolvem consequências psicológicas graves, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e até tentativas de suicídio, o que exige acompanhamento psiquiátrico e psicológico contínuo (Peterson et al., 2023).

A sobrecarga dos serviços hospitalares provocada pela violência ocorre devido à complexidade e à gravidade dos atendimentos exigidos. Segundo o Instituto Sou da Paz (2023), o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou R\$ 41 milhões em 17,1 mil internações no ano 2022.

Ferimentos por armas de fogo costumam demandar intervenções médicas imediatas, bem como procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, uso de leitos de terapia intensiva e longos períodos de internação, são atendimentos que envolvem múltiplas equipes – como médicos cirurgiões,

enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos – além de insumos e equipamentos caros.

Essa demanda intensa por recursos acarreta a ocupação de leitos por longos períodos e gera fila para outros pacientes que também necessitam de cuidados hospitalares. Esse cenário pode levar à exaustão dos profissionais de saúde, ao desgaste das estruturas hospitalares e à redução da capacidade de atendimento no SUS (Instituto Sou da Paz, 2023)

Outro impacto gerado pela violência no sistema de saúde é a necessidade da especialização dos profissionais do âmbito hospitalar diante do cenário sensível e complexo da violência. O artigo “Processos formativos para o enfrentamento das violências contra as mulheres no setor saúde (Costa et al., 2024), destaca que, embora o setor saúde seja uma das principais portas de entrada para as vítimas de violência, muitos profissionais ainda não se sentem preparados para reconhecer os sinais, acolher de forma adequada e encaminhar corretamente essas pessoas.

Essa especialização é necessária porque o atendimento às vítimas de violência exige mais do que habilidades clínicas, pois envolve reconhecer sinais nem sempre explícitos de abuso, sendo necessário acolher com empatia, respeitar o tempo e autonomia da vítima e trabalhar de forma articulada com outros setores, como assistência social, justiça e segurança pública.

A problemática da violência tem representado um dos principais desafios da atualidade para os sistemas de saúde pública, não apenas pelos danos diretos a integridade física e mental das vítimas, mas também pelos seus altos custos financeiros.

O impacto econômico de violência no sistema de saúde é significativo e multifacetado, uma vez que o custo

associado as violências não se limitam ao momento imediato do atendimento, pois as vítimas frequentemente necessitam de cuidados contínuos, além de apresentarem maior risco de desenvolverem doenças crônicas, o que aumenta a demanda por serviços de saúde.

Portanto, o enfrentamento da violência não deve ser visto apenas como uma questão de segurança pública, mas como uma estratégia de proteção à saúde e de sustentabilidade financeira do sistema. Investimentos em prevenção, atenção integral às vítimas e políticas públicas intersetoriais podem reduzir a incidência da violência e, conseqüentemente, aliviar a sobrecarga e os custos para o sistema de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

De forma a intervir e prevenir os impactos da violência no sistema de saúde, é essencial uma abordagem que articule fatores estruturais amplos, contextos históricos e socioculturais, assim como dinâmicas interpessoais e experiências subjetivas, além disso é fundamental reconhecer os riscos implicados e as reais possibilidades de transformação social e individual (Oliveira et al., 2022).

Para tanto, há a necessidade de fortalecimento da intersetorialidade no planejamento das políticas públicas, isto é, a integração do setor de saúde com outras áreas como segurança pública e assistência social, a fim de desenvolver ações integradas para a prevenção da violência, a qual deve estar presente desde as fases iniciais da intersetorialidade, como a de proposta e de formulação (Minayo et al., 2018).

Apesar do avanço no que tange ao planejamento de estratégias preventivas que adotam uma perspectiva

intersetorial, tal incorporação parece ser insuficiente, o que sugere a carência de aprofundamento, com mais objetividade e especificidade das ações de prevenção e de monitoramento (Minayo et al., 1999).

Além do mais, é necessário o investimento nos serviços pré-hospitalares, de reabilitação e de saúde mental, com foco, principalmente, na capacitação de profissionais de saúde, para que possam identificar e manejar casos de violência, especialmente contra grupos vulneráveis como mulheres, crianças e idosos, dessa maneira será possível a vigilância por parte do setor da saúde, o que contribui para elaboração de ações mais eficazes e personalizados (Minayo et al., 2018).

Aliado a isso, é crucial o estabelecimento de serviços especializados - como a “Sala Lilás”, iniciativa do Hospital Municipal de Mangaratiba -, para fomentar a existência de espaços dedicados ao atendimento humanizado das vítimas de violência, visando acolhimento e suporte psicológico (Minayo et al., 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse capítulo teve como objetivo apresentar a violência enquanto um determinante social da saúde, discorrendo sobre suas diferentes manifestações, grupos sociais mais vulneráveis, seus efeitos no sistema de saúde e as possibilidades de intervenção e prevenção por meio das políticas públicas, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

A partir de uma breve consulta da literatura buscou-se fomentar um ensaio sobre uma reflexão crítica. Foi possível compreender a violência como um fenômeno complexo, multicausal e historicamente enraizado em

contextos de desigualdade social, exclusão e negação de direitos. Pôde-se identificar que mulheres, crianças, idosos, pessoas LGBTQIA+, indígenas, pessoas pretas e pessoas com deficiência são os grupos mais afetados, demandando estratégias de cuidados de proteção direcionadas.

Foi possível notar que a violência tem efeito direto na saúde física e mental das vítimas, com impactos significativos no sistema de saúde pública, sobrecarregando os serviços de urgência, aumentando os custos hospitalares e exigindo capacitação constante dos profissionais de saúde.

Dessa forma, destaca-se o papel da APS como principal porta de entrada no SUS, sendo fundamental no reconhecimento precoce, no acolhimento humanizado e no encaminhamento adequado das vítimas.

Ademais, o enfrentamento dessa mazela exige o fortalecimento da intersetorialidade entre saúde, segurança pública, justiça e assistência social, além do investimento em ações preventivas, serviços especializados e políticas públicas sustentáveis. A prevenção e o combate à violência, nas suas diversas manifestações, devem ser entendidos como parte essencial da promoção da saúde e da garantia de direitos humanos.

Portanto, a violência não deve ser vista exclusivamente como um problema de segurança, é uma questão de saúde pública, que exige resposta imediata por parte do Estado e da sociedade. Investir em políticas de prevenção e cuidado é investir em uma sociedade mais justa, digna que promove e garanti o bem-estar comum.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO NETO, David Ximenes de; SILVA, Ariane Rodrigues da; DIAS, Adriana de Cassia Silva; NUNES, Júlia Cardoso; SOUSA JUNIOR, Osmar Régis de; OLIVEIRA, Pamella

Cerqueira da Rocha de Lucena; PEREIRA, Raíza da Silva; ROLA, Yanne Fernanda de Barros. A violência como um problema de saúde e seu enfrentamento na Atenção Primária: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Científico, [S.L.], v. 35, p. 7918, 8 set. 2021. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/react.e7918.2021>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Saúde Digital, Informação e Inovação. Relatório da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_estrategia_saude_digital_2020-2028.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutiva_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 de maio de 2025.

BROWN, Britney; HOLDER, Uzuri. The Proliferation of Hospital-Based Violence-Intervention Programs in North Carolina. *North Carolina Medical Journal*, [S.L.], v. 84, n. 4, p. 1, 5 jul. 2023. North Carolina Institute of Medicine. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18043/001c.81266>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CASIQUE, Leticia Casique; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violence against women: theoretical reflections. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 950-956, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692006000600018>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CORREIA, Beatriz Oliveira Pereira de Castro; SILVA, Ana Bárbara Carvalho; CORREIA, Bruno Oliveira Pereira de Castro; MEIRA, Larissa Prado; MOREIRA, Conce de Andrade; CABRAL, Fernando de Almeida; CARVALHO, Maíra Érika da Silva; SILVA, Caio Livio Kador e; FARIAS, Ítalo Gomes; RIBEIRO, Liara Paranaíba. A importância da Atenção Primária a Saúde na identificação da violência infantil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 15, n. 7, p. 10728, 23 jul. 2022.

OLIVEIRA, Julia Costa de; PIRES, Kênia Araújo; EVANGELISTA, Janete Gonçalves; SANTOS, Ana Pereira dos; BEVILACQUA, Paula Dias. Processos formativos para o enfrentamento das violências contra as mulheres no setor saúde: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 9, p. 1, 2024. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024299.14782023>. Acesso em: 10 jun. 2025.

COSTA, Marina Almeida Gomes; SANTOS, Lígia Matiko Ramalho dos; SILVA, Camila Rufino Paulozzi da; COSTA, Adriana Lopes Machado; MELO, Ítalo Herbert Araujo Lopes de. O papel e a importância da atuação médica na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 18993-19001, 29 ago. 2023. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n4-390>. Acesso em: 10 jun. 2025.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 11, n. , p. 1163-1178, 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000500007>. Acesso em: 10 jun. 2025.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; PEREIRA, Stephanie; SCHRAIBER, Lilia Blima; GRAGLIA, Cecília Guida Vieira; AGUIAR, Janaína Marques de; SOUSA, Patrícia Carvalho de; BONIN, Renata Granusso. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 24, p. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190164>. Acesso em: 10 jun. 2025.

INSTITUTO SOU DA PAZ. Custos da violência armada: gastos da saúde pública com atendimento de vítimas de arma de fogo. 2. ed. São Paulo: Instituto Sou da Paz, 2023. Disponível em: <https://lp.soudapaz.org/custos-violencia-armada>. Acesso em: 15 maio 2025.

MENDONÇA, Carolina Siqueira; MACHADO, Dinair Ferreira; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 2247-2257, jun. 2020.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>.
Acesso em: 10 jun. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, Marta Maria Alves da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81231999000100002>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção primária à Saúde atua na identificação de casos de violência. Brasília, DF, 25 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/atencao-primaria-a-saude-atua-na-identificacao-de-casos-de-violencia>. Acesso em: 18 maio 2025.

NASCIMENTO, Ana Carla Feitosa do; ROCHA, Samara Atanielly; VIUDES, Mateus Martins; SOLOBODZIAM, Claudia; GOMES, Samuel Barros; SILVA, Ellen Camilly Ferreira da; OLIVEIRA, Vinícius Bento Borges; FERREIRA, Maria Eduarda Soubhia; BINO, Eduardo Borges Oliveira; OLIVEIRA, Isabela de. O Papel da Atenção Primária a Saúde na Identificação de Abuso Sexual na Infância. *Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences*, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 2368-2383, 29 fev. 2024. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p2368-2383>. Acesso em: 10 jun. 2025.

OLIVEIRA, Daniela Cristina Neves de; LICO, Fátima Madalena de Campos; PEREIRA, Hegle Mariano Silva; REGINA, Fernanda Lopes; PERES, Maria Fernanda Tourinho. Intersetorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1301-1316, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022274.06802021>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maus-tratos contra pessoas idosas. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violência contra as mulheres. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violência contra crianças. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 360 p. ISBN 92-4-154561-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 15 maio 2025.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. Publicado em mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms->

uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia. Acesso em: 10 jun. 2025. Acesso em 15 de maio de 2025.

PETERSON, Cora; ASLAM, Maria; RICE, Ketra; GUPTA, Nupur; KEARNS, Megan. Systematic Review of Per Person Violence Costs. *American Journal Of Preventive Medicine*, [S.L.], p. 1, ago. 2023. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2023.08.009>. Acesso em: 18 maio 2025.

RAMOS, Renata Cristina de Souza; ROSA, Doriana Ozolio Alves; MACHADO, Clarisse Carvalho Leão; PERES, Ana Maria Barros; MELO, Elza Machado de; RADICCHI, Antônio Leite Alves. A abordagem da violência na atenção primária à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 26, supl. 8, p. S15-S19, dez. 2016. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2115>. Acesso em: 18 maio 2025.

RIBEIRO, Wagner; ANDREOLI, Sergio; FERRI, Cleusa; PRINCE, Martin; MARI, Jair Jesus. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 49-57, out. 2009. EDITORA SCIENTIFIC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462009000600003>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SANTOS, Maria Angélica Bezerra dos; MOREIRA, Rafael da Silveira; FACCIO, Patrícia Fernanda; GOMES, Gabriela Carneiro; SILVA, Vanessa de Lima. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 2153-2175, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SHERR, Lorraine; ROBERTS, Kathryn J.; GANDHI, Natasha. Child violence experiences in institutionalised/orphanage care. *Psychology, Health & Medicine*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 31-57, 9 jan. 2017. Informa UK Limited.
<http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1271951>.
Acesso em: 10 jun. 2025.

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; GUIMARÃES, Natália Guedes Miguel; BONFADA, Diego. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 11, p. 5751-5763, nov. 2021. FapUNIFESP. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SUNIEGA, Elizabeth; KRENEK, Lauren; STEWART, Gabriel. Abuso infantil: abordagem e gerenciamento. *American Family Physician*, [S.l.], v. 105, n. 5, p. 521-528, 1 maio 2022.



A MEDICINA NO CENÁRIO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

*David Borges Gonçalves; Geanne Rayssa Monteiro;
Giovanna Rodrigues da Silva de Oliveira; Gustavo
Oliveira de Souza; Ially Melissa Magalhães; Maria
Luiza Bentivi Machado; Guísela Gabriela Silveira de
Souza; Ana Cristina Vidigal Soeiro*

A medicina, enquanto ciência social aplicada, não pode dissociar seu olhar dos contextos que moldam a saúde coletiva. Nesse sentido, entender o processo saúde/doença implica considerar um cenário de desigualdades e iniquidades nas condições de renda, de moradia e, principalmente, de acesso à saúde e à educação.

Tais variáveis devem ser compreendidas como resultado de um processo histórico, econômico e político que atravessa a evolução da assistência em saúde no Brasil (Barbosa et al., 2020).

No século XX, diante da necessidade de reconfigurar a realidade sanitária, o Brasil passou por grandes transformações que culminaram com a expansão dos serviços públicos, com destaque para o ano de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal iniciativa representou um marco constitucional, garantido pela Carta Magna, determinando a saúde como dever do Estado e direito de todos (Nascimento et al., 2023).

Ao adotar o princípio da universalidade, o SUS assumiu o compromisso de garantir acesso à saúde a toda a população, sem distinções. No entanto, sua efetivação como política pública enfrenta desafios estruturais que comprometem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças.

Nesse contexto, compreender o papel da medicina exige uma abordagem sensível às questões culturais, socioeconômicas e raciais que permeiam a realidade dos usuários do sistema.

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E O SUS COMO RESPOSTA ÀS DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES ESTRUTURAIS

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como variáveis que englobam condições socioeconômicas, ambientais e culturais que influenciam a possibilidade de acesso a cuidados, a incidência de doenças e a realidade dos desfechos terapêuticos. Desse modo, estabelecem correlações com as circunstâncias em que os cidadãos nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Em um país marcado por desigualdades sociais e regionais, onde populações marginalizadas sofrem com a insegurança financeira, habitacional e discriminação, o acesso pleno à escolaridade e à saúde são grandes desafios estruturais (Merhy et al., 2023).

Assim, embora a criação do SUS tenha ocorrido pela necessidade de um processo civilizatório e de mitigação das desigualdades existentes, visto que boa parte da população era excluída do acesso regular aos serviços de saúde, as iniquidades históricas ainda representam barreiras invisíveis ao efetivo acesso a bens e serviços em saúde (Santos et al., 2025).

A medicina, nesse sentido, enquanto ciência e prática do cuidado, pode tanto atuar como uma ferramenta de promoção da equidade, quanto como um reflexo das disparidades estruturais presentes na sociedade. Ao admitir as diferenças nas condições de vida e saúde, considera-se que o direito à saúde deve atender à diversidade dos segmentos sociais, especialmente daqueles em desvantagem no acesso aos cuidados (Oliveira, 2023).

O acesso aos serviços de saúde é uma questão multidimensional, com fatores que podem facilitar ou dificultar a sua efetivação, e conseqüentemente, o atendimento aos princípios de equidade, integralidade e universalidade (Travassos et al., 2012). No Brasil, as barreiras geográficas expressam alguns dos obstáculos impostos pelo território ao deslocamento, visto que em algumas áreas, o percurso físico até a chegada às unidades de saúde é difícil.

Ademais, as condições econômicas impõem importante diferença no acesso aos bens e serviços em saúde, visto que usuários em situação de vulnerabilidade enfrentam limitações significativas. A distância, portanto, não representa um entrave único, mas um fator seletivo que aumenta as condições de exclusão, revelando desigualdades socioespaciais no acesso aos serviços de saúde (Silva et al., 2022).

Um caso que ilustra os desafios no acesso à saúde é o das populações ribeirinhas, que chegam a percorrer mais de 500 km até áreas urbanas em busca de atendimento. Essa longa jornada reflete não apenas a má distribuição territorial dos serviços, mas também a fragilidade na articulação entre os diferentes níveis de atenção, a baixa capacidade de resolver demandas localmente e a imposição de deslocamentos que, além de pouco eficazes, acabam sendo dispendiosos e evitáveis para os usuários, especialmente de baixa renda (Borsato, 2021).

Recentemente, a teleconsulta surgiu como uma alternativa viável diante das barreiras geográficas intensificadas durante o isolamento social provocado pela pandemia de COVID-19. Nesse cenário, a telessaúde — englobando não apenas a teleconsulta, mas também iniciativas como a teleducação e a teleassistência — passou

a fortalecer a rede de atenção à saúde por meio do uso da tecnologia, contribuindo para reduzir os entraves territoriais e mitigar parte dos efeitos negativos da pandemia sobre a população atendida na atenção primária.

A rápida adoção dessas ferramentas digitais garantiu a continuidade do cuidado em um momento crítico de crise sanitária, que desnudou um cenário de grandes desigualdades (Freire et al., 2023).

O custo financeiro é um fator decisivo que dificulta o acesso à saúde, especialmente entre as camadas mais pobres. Existe uma relação inversa entre o aumento dos preços dos serviços e sua utilização: quanto maiores os custos, menor a procura — sobretudo por consultas ambulatoriais, realidade enfrentada por muitos indivíduos em situação de vulnerabilidade econômica.

Nas últimas décadas, muitas reformas nos sistemas de saúde buscaram conter gastos, frequentemente por meio da introdução de barreiras financeiras, como o copagamento, em que o usuário arca com parte do valor do atendimento.

Embora eficazes para restringir a demanda, tais medidas comprometem a equidade no acesso. Em contrapartida, políticas que visam à universalização buscam eliminar esses entraves econômicos, aumentando as chances de acesso a bens e serviços em saúde.

Estudos demonstram que pessoas com maior renda, escolaridade, cobertura de plano de saúde e residentes em áreas urbanas desenvolvidas tendem a utilizar mais os serviços disponibilizados, inclusive para ações preventivas. Já os mais pobres, geralmente, só procuram atendimento em situações de adoecimento (Travassos et al., 2012). Tais exemplos demonstram que as condições de vida também

podem ser determinantes na forma como indivíduos respondem às suas demandas em saúde.

Os entraves organizacionais referem-se aos desafios estruturais e operacionais presentes nos serviços de saúde, relacionados à distribuição, qualificação e utilização dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis. Esses fatores podem exercer influência direta na ampliação ou restrição do acesso da população aos cuidados em saúde.

Entre os principais aspectos envolvidos, merece destaca a adequação dos horários de atendimento, a duração da espera por consultas e procedimentos, as características dos profissionais (como formação, especialidade, idade e gênero), além das práticas de acolhimento, diretrizes de humanização e competência técnica da equipe assistencial.

Tais dificuldades são mais evidentes na atenção primária e no âmbito do SUS, que enfrenta desafios históricos ligados à fragilidade institucional e à dificuldade de consolidação de seus princípios organizacionais.

Para que o acesso seja de fato efetivo, é imprescindível um planejamento estratégico, sustentado por uma gestão qualificada dos recursos humanos, materiais e financeiros, alinhada às necessidades socioculturais, epidemiológicas e ao contexto territorial das populações atendidas (Travassos et al., 2012).

A informação sobre o sistema de saúde, os serviços oferecidos e as opções terapêuticas disponíveis desempenham um papel crucial no acesso aos serviços. A disseminação de informações em saúde, tanto para o público em geral quanto para os pacientes, é um aspecto fundamental dos sistemas de saúde.

Ademais, a forma como as pessoas percebem sua saúde e a maneira como acessam serviços, estão relacionadas ao nível de informação que possuem. Contudo,

é importante observar que o grau de informação de uma pessoa não depende exclusivamente de ações promovidas pelo setor da saúde, mas também é influenciado pelo capital cultural das famílias, pelo nível educacional e pelo acesso às diversas fontes de informação.

O conhecimento em saúde precisa ser adaptado à realidade e ao nível educacional de cada grupo. Em geral, os grupos têm acesso desigual às informações sobre os serviços de saúde, o que contribui para as disparidades sociais no seu acesso.

Uma comunidade bem-informada, compreende melhor seu processo saúde-doença e a sua rede de atenção à saúde, facilitando a valorização das orientações profissionais e promovendo decisões mais conscientes e autônomas (Fittipaldi, 2023).

Portanto, diante das múltiplas dimensões que envolvem o acesso à saúde, é evidente que a efetivação dos princípios do SUS e a utilização da medicina como ferramenta integral do cuidado requerem a superação das estruturas que condicionam o uso e a distribuição dos recursos disponíveis.

IMPACTOS DAS DESIGUALDADES, DIFERENÇAS REGIONAIS E PERSPECTIVAS PARA A EQUIDADE NA ASSISTÊNCIA SOCIAL MÉDICA DE QUALIDADE

A qualidade do cuidado em saúde é definida como o grau em que os serviços oferecidos aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados positivos e são compatíveis com o conhecimento científico vigente, ou seja, baseado em evidências (Esposti, 2015). No entanto, a desigualdade social exerce um impacto expressivo

nesse cenário, interferindo tanto no acesso quanto na qualidade da assistência prestada (Martin et al., 2024).

Populações marginalizadas são as mais afetadas por essa realidade, enfrentando limitações físicas para chegar aos serviços, além de barreiras como falta de profissionais capacitados, escassez de recursos e até discriminação. Outrossim, a ausência de condições financeiras e a não cobertura por planos de saúde agravam o problema, resultando em longos períodos de espera, atendimento precário e, muitas vezes, atrasos no diagnóstico e tratamento, o que contribui para piores desfechos em saúde (Santos, 2008).

O acesso à assistência médica ainda apresenta falhas em vários aspectos, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Na prática, a segurança ainda é um grande desafio, já que muitos pacientes acabam sendo expostos a erros que poderiam ser evitados.

A efetividade também é comprometida, principalmente quando os tratamentos não seguem as melhores evidências científicas por falta de estrutura ou capacitação (Furlanetto, 2024; Silva, 2021).

Além disso, a centralidade no paciente, que significa ouvir, respeitar e valorizar a experiência de cada pessoa, muitas vezes não acontece por conta da correria e da falta de vínculo entre profissionais e usuários.

A dimensão da oportunidade, que diz respeito ao tempo certo para o atendimento, é outro problema sério, já que muitos enfrentam filas longas e esperam meses por um exame ou consulta. A eficiência, por sua vez, é afetada pelo uso inadequado dos recursos, o que gera desperdício e sobrecarga.

Por fim, a equidade ainda está longe do ideal, já que nem todos conseguem o mesmo cuidado. Assim, pensar

nessas dimensões ajuda a entender que melhorar a saúde não depende só de mais hospitais ou equipamentos, mas também de um olhar mais humano, justo e organizado sobre o sistema como um todo (Esposti, 2015).

O cenário atual da saúde é cada vez mais complexo, marcado pelo envelhecimento da população, pela incorporação constante de novas tecnologias e pelos altos custos envolvidos no cuidado. Isso torna ainda mais urgente a adoção de medidas voltadas à melhoria contínua e à responsabilização dos serviços.

Um dos grandes desafios é equilibrar o uso dos recursos: enquanto alguns pacientes enfrentam excesso de exames e intervenções desnecessárias, outros têm acesso limitado ou até inexistente a serviços básicos (Santos, 2008; IOM, 2001).

Também chama atenção a variação nas práticas médicas, que muitas vezes não se justifica pela condição clínica ou pela vontade do paciente, mas por falhas na organização do sistema. Assim, é fundamental estimular decisões compartilhadas, respeitando sempre os direitos dos usuários.

Todo esse contexto reforça a importância de compreender a qualidade de forma ampla, considerando não só a segurança, mas também o acolhimento, a escuta ativa e a personalização do cuidado (Santos, 2008; IOM, 2001).

Outro fator relevante nesse cenário foi a pandemia de COVID-19, que agravou ainda mais os problemas já existentes na qualidade do cuidado, causando a interrupção de serviços essenciais, afetando cadeias de abastecimento, dificultando o acesso aos cuidados e gerando uma sobrecarga ainda maior nos profissionais de saúde (Almeida, 2021).

A assistência à maternidade, por exemplo, foi especialmente impactada, não apenas pela desestruturação dos serviços, mas também por questões mais profundas, como desigualdade de gênero e violência obstétrica.

O novo paradigma de qualidade, aliado à atenção renovada à segurança do paciente, reforça a urgência de superar a fragmentação dos serviços e promover uma assistência mais contínua, humana e centrada nas necessidades reais da população (Almeida, 2021).

Por fim, fica evidente que a qualidade do cuidado em saúde não pode ser analisada de forma isolada, tampouco desvinculada das desigualdades sociais e estruturais que permeiam o sistema. Fatores como o acesso desigual, a sobrecarga dos serviços, a desvalorização da escuta e da centralidade no paciente, além das variações injustificadas nas práticas clínicas, revelam um cenário que exige mais do que investimentos pontuais, exige mudança de perspectiva (Santos, 2008).

A pandemia escancarou fragilidades já existentes, ampliando barreiras e afetando de forma ainda mais dura os grupos historicamente vulneráveis. Nesse contexto, pensar qualidade é pensar também em equidade, acolhimento e responsabilidade compartilhada, de forma que o sistema de saúde seja mais coordenado, efetivo e humano. Mais do que garantir procedimentos corretos, é preciso garantir relações de cuidado que respeitem, incluam e transformem realidades (Pessoa, 2022).

VULNERABILIDADES SOCIAIS E DINÂMICA DOS GRUPOS EM SITUAÇÃO DE RISCO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A SUSTENTABILIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE

A saúde, segundo a OMS, é definida como um estado de completo bem-estar biopsicossocial, e não apenas a ausência de doenças. Essa concepção ampla e nítida desloca o foco exclusivamente da doença para o processo de adoecimento, considerando os múltiplos fatores que interferem na qualidade de vida e que desempenham um papel fundamental no processo saúde-doença, principalmente em grupos vulneráveis e marginalizados (Machado et al., 2023).

Vulnerabilidade social é definida como um conjunto de fatores que promovem o mal-estar social de diversos grupos, incluindo não somente a pobreza multidimensional, mas também a ausência de aspectos que incentivam a qualidade de vida, como um ambiente de qualidade para se viver, acesso aos serviços de saúde e saneamento básico, educação e liberdade individual e política (Costa et al., 2018).

O Ministério da Saúde reconhece como vulnerável a população preta, pessoas em situação de rua, comunidades da floresta e das águas, comunidades tradicionais, povo cigano, população LGBTQIA+, pessoas com doenças pré-existentes e pessoas privadas de liberdade.

As pessoas negras e pardas são consideradas vulneráveis devido aos processos socioculturais e econômicos de construção e desenvolvimento do país, que criaram e continuam criando até hoje um cenário assimétrico de acesso ao cuidado (Hüning et al., 2021).

As pessoas em situação de rua são grupos vulneráveis devido sua situação estar atrelada à de pobreza extrema,

vínculos familiares fragilizados e a invisibilidade social, juntamente com a ausência de moradia e espaço digno para a vivência, os quais juntos formam fatores determinantes para a ausência de saúde (Haeffner et al., 2023).

Além disso, as comunidades tradicionais estão incluídas nos grupos vulneráveis devido a tais grupos viverem em localidades afastadas dos grandes centros de cuidado e tecnologia.

Além de serem culturalmente diferenciados e estarem em constante contato com práticas primitivas, como a caça, pesca e coleta de alimentos, estão sujeitos a uma maior exposição a patógenos (Maciera, 2020).

A comunidade LGBTQIA+ faz parte dos grupos vulneráveis pois, recorrentemente, sofre práticas discriminatórias e reprodutoras de violências, que tem como base a exclusão social, o que provoca resistência e restrição desse grupo ao acessar os serviços de saúde (Moura et al., 2023).

As pessoas privadas de liberdade são consideradas parte do grupo de populações vulneráveis, devido a diversos fatores, como as condições precárias do encarceramento, as dificuldades do acesso à assistência médica adequada e a fragilidade na formação de profissionais envolvidos nesse serviço.

No Brasil, o contexto de desigualdade se torna mais evidente em cenários de crises sanitárias, como as epidemias e pandemias, em que as vulnerabilidades sociais já existentes se tornam cada vez mais profundas, resultando em um impacto maior sobre as populações marginalizadas (Barbosa, 2022).

Um exemplo disso é a tuberculose, doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que afeta principalmente o sistema respiratório, a qual não só possui relação com a

imunidade e com o sistema imunológico, mas também está intimamente ligada aos aspectos socioeconômicos dos indivíduos infectados.

A distribuição da doença no Brasil evidencia marcantes disparidades sociais, atingindo de forma desproporcional determinados grupos populacionais vulneráveis, como as populações privadas de liberdade, que entre os anos de 2015 e 2022 concentraram o maior número de casos, com 6773 diagnósticos, seguidas por pessoas em situação de rua, com 1809 casos confirmados.

Tais grupos não só apresentam o maior risco de contaminação, mas também enfrentam as maiores taxas de abandono do tratamento e os piores desfechos terapêuticos. Esses dados reforçam a necessidade de enfrentamento de doenças contagiosas em contextos de vulnerabilidade social, uma realidade que caracteriza grande parte das cidades brasileiras (Brasil, 2022).

Na tentativa de melhorar esse cenário desigual na saúde, diversas políticas e projetos de assistência voltados para os grupos vulneráveis foram criados no Brasil, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que objetiva combater as desigualdades no SUS e promover a saúde de acordo com o princípio da integralidade (Brasil, 2017).

Além disso, as equipes de Consultório na Rua objetivam ampliar para a população moradora de rua o acesso ao cuidado de maneira mais oportuna e integral, com equipes multiprofissionais que desenvolvem ações e atividades para esses grupos (Borysow, Oda & Furtado, 2023).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF), também foi criada para

atender e reconhecer as necessidades específicas das Comunidades Tradicionais.

Outras políticas que seguem os mesmos princípios são a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que tem como objetivo promover o atendimento não discriminatório, atendendo as necessidades desse grupo social de forma integral, combatendo todas as formas de preconceito para facilitar o acesso aos serviços públicos de saúde (Brasil, 2013).

Dessarte, devido a implementação dessas políticas voltadas aos grupos sociais em situação de vulnerabilidade, é esperado que haja uma diminuição das barreiras históricas enfrentadas por essas populações, projetando assim um cenário no qual pessoas vulneráveis estarão menos expostas a agravos evitáveis e terão pleno acesso aos serviços de saúde, alcançando, assim, melhores condições de vida e bem-estar.

As iniquidades e vulnerabilidades existentes em território brasileiro também estão relacionadas e são agravadas pela estrutura do financiamento estatal para o setor saúde, o qual apresenta uma gama de fatores envolvidos.

A necessidade de investimentos mínimos tem potencial para reduzir desigualdades no acesso à saúde, no entanto, é alvo constante de críticas pelos gestores da saúde, principalmente no âmbito municipal.

Para eles, investimentos obrigatórios mínimos acabam engessando o orçamento do município, diminuindo a flexibilidade na gestão financeira e causando dificuldades em momentos de crise e de necessidade de respostas rápidas (Carvalho, 2018).

O financiamento privado segue basicamente dois modelos: os seguros de saúde e os pagamentos diretos do

bolso (*out-of-pocket*). No primeiro, as operadoras de planos de saúde oferecem planos de cobertura, com diferentes níveis de acesso para diferentes serviços, onde o pagamento geralmente é mensal e possui um período de carência para determinados procedimentos.

No segundo, o pagamento é feito diretamente ao prestador de serviços, seja o profissional de saúde, hospital ou laboratório, sem a cobertura de um plano de saúde. Há ainda um modelo de financiamento híbrido, em que o Estado repassa verbas do SUS para que o setor privado preste serviços em saúde. Neste modelo, conforme art. 199, §§1º e 2º, da CF/88, serão prestadores, preferencialmente, as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções para entidades com fins lucrativos.

As Santas Casas, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) têm importante papel nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e realizam cerca de 60% dos procedimentos de alta complexidade do SUS. Entretanto, existem potenciais problemas nestes serviços, já que podem ser difíceis de fiscalizar, tanto econômica, quanto qualitativamente (CNMP, 2019).

De acordo com a Carta Magna, as instituições privadas podem participar do SUS de maneira complementar, e devem seguir as diretrizes deste. Neste contexto, as Organizações Não Governamentais (ONGs) – entidades privadas, sem fins lucrativos, que atuam na educação, no meio ambiente, na saúde, entre outros - têm importante papel na garantia de acesso à saúde, principalmente de populações vulneráveis.

A ONG “Médicos Sem Fronteiras”, por exemplo, é uma organização humanitária que age em respostas a crises

humanitárias. No Brasil, atuou em resposta à crise dos indígenas Yanomami em 2022-2023 e nas enchentes no estado do Rio Grande do Sul em 2024 (MSF, 2023). No que pese a importante atuação das ONGs no país, este contexto denuncia as falhas estruturais no acesso à saúde.

Os organismos internacionais desempenham papel crucial tanto no financiamento de projetos, quanto na formulação de diretrizes que norteiam as políticas públicas de saúde.

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, prevê os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e no eixo de saúde e bem-estar, propõe a redução das desigualdades e a promoção da saúde como metas globais, influenciando políticas nacionais e promovendo a sustentabilidade na saúde.

Nesse quesito, conforme o Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030 do Grupo de Trabalho da Sociedade Civil Para a Agenda 2030, o Brasil apresentou, em 2024, piora ou estagnação quanto à maioria dos ODS em saúde, o que ressalta a importância de índices e metas internacionais para demonstrar falhas e pontos a melhorar dentro das políticas públicas nacionais (GTSC A2030, 2024).

A OMS define a equidade em saúde como a “ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos social, economicamente, demograficamente ou geograficamente, ou por outras dimensões de desigualdade” (OMS, 2021).

Nesse contexto, a saúde depende de determinantes estruturais da sociedade, como o político e o econômico. Assim, considerando os ODS, a OMS promove mecanismos para identificar e analisar iniquidades no acesso à saúde. O Health Equity Assessment Toolkit (HEAT) realiza análises

sistemáticas das desigualdades em saúde, baseando-se em dados como sexo, renda, etnia, entre outros.

Esses dados podem contribuir para diminuição de desigualdades no acesso à saúde, já que podem ajudar a identificar grupos mais vulneráveis, com o potencial de ajudar gestores a direcionar políticas públicas para subgrupos mais excluídos (OMS, 2025).

O PAPEL DA MEDICINA NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES E NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

A formação médica, muitas vezes, privilegia o domínio técnico-científico, deixando em segundo plano a sua essência humanística (Cavalli & Carvalho, 2022). No entanto, é inegável que a promoção da justiça social requer a formação de profissionais da saúde com capacidade crítica para reconhecer e compreender as desigualdades sociais que permeiam o processo saúde-doença.

Nesse contexto percebe-se que não só reconhecer os quadros de desigualdades e diferenças presentes no meio social, mas também buscar compreender as raízes desse problema, são práticas essenciais no contexto da justiça social e sua relação com os profissionais da medicina (Pitombeira & Oliveira, 2020).

Um exemplo do quadro de inviabilização do processo de justiça social, seria a falta de acolhimento adequado no atendimento às demandas em saúde da população LBTQIAP, principalmente na atenção primária em saúde.

Assim, a dificuldade para lidar com esses usuários acaba se refletindo em um contexto marcado por profundo descaso, apontando a necessidade de que os médicos adotem práticas mais humanizadas que aproximem esses

indivíduos dos serviços, e não o contrário (Machin et al., 2022).

Nesse sentido, torna-se crucial o estímulo à capacidade crítica, a qual deve ser incentivada desde a formação acadêmica, o que impactará na identificação e análise das desigualdades existentes (Moura et al., 2020).

Tal objetivo configura-se como um movimento que supera o individualismo e promove não apenas a defesa dos direitos coletivos, mas também o respeito à diversidade e à equidade social.

A extensão universitária se insere nesse contexto, pois constitui um dos pilares fundamentais da educação superior e desempenha um papel estratégico na formação humanística, na medida em que contribui para a superação dos limites acadêmicos tradicionais, permitindo que os estudantes, ao se afastarem do ambiente convencional de estudos, adquiram experiências profissionais diversificadas (Santana et al., 2021).

Por meio da extensão universitária, os alunos também têm a oportunidade de vivenciar e compreender as realidades sociais e sanitárias das comunidades atendidas, o que possibilita o reconhecimento das vulnerabilidades (Almeida & Barbosa, 2019; Santana et al., 2021).

Uma vez que essas atividades de extensão têm como objetivo fazer com que os estudantes apliquem de modo prático o que foi aprendido na teoria, os estudantes são estimulados a identificar desigualdades, além de situações de inviabilização e desamparo, complementando assim os ensinamentos adquiridos em salas de aula (Almeida & Barbosa, 2019; Santana et al., 2021).

Também é importante considerar a importância da empatia na formação médica, pois ela estimula a responsabilidade social do profissional, impactando

diretamente a relação médico-paciente. A empatia se refere não somente à capacidade de se colocar no lugar do outro, mas também de entender a perspectiva vivenciada pelo outro.

Tal atitude é fundamental para o exercício ético da medicina, promovendo uma interação harmônica e dual, em que o paciente é acolhido de maneira compreensiva pelo profissional de saúde (Costa & Azevedo, 2010).

Além disso, o exercício da empatia exige do médico a valorização da autonomia do paciente. Isso só é garantido a partir de uma relação horizontal, em que o paciente se sinta livre para expressar e participar ativamente do seu processo de cura, sem que haja julgamentos ou invalidação do seu ponto de vista.

Logo, nota-se que o papel do médico abrange, por intermédio da humanização do cuidado, a construção de valores profissionais que favoreçam a empatia e o reconhecimento do paciente como sujeito de direitos (Batistella et al., 2023).

O QUE ESPERAR PARA O FUTURO DA EDUCAÇÃO MÉDICA?

Diante das múltiplas camadas que envolvem a relação entre saúde, medicina e desigualdades sociais, torna-se evidente a necessidade de que a medicina assuma seu papel ético e sua responsabilidade social na promoção da equidade, ultrapassando os limites do tecnicismo.

A compreensão de que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) atravessam todas essas questões, somada à histórica fragilidade na implementação do SUS e aos inúmeros desafios enfrentados por populações em situação de vulnerabilidade, revela uma realidade marcada por um

acesso restrito e desigual aos serviços de saúde, fortemente condicionado por barreiras estruturais, culturais, econômicas e raciais.

Nesse sentido, discutir e refletir sobre a medicina e a saúde implica necessariamente enfrentar as injustiças sociais que afetam de maneira incisiva a população, reforçando a urgência de políticas públicas intersetoriais eficazes.

Para além dessas questões, é fundamental que a formação médica se baseie em valores como o cuidado integral, a empatia e a sensibilidade às diversidades e às necessidades dos indivíduos, promovendo uma abordagem clínica ajustada às diferentes realidades.

A inserção de práticas e disciplinas humanísticas na educação médica é indispensável para formar profissionais comprometidos com a transformação social, e engajados na construção de um futuro mais justo e equânime. A medicina, nesse contexto, deve ser compreendida como um instrumento de promoção e defesa da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.P.F. de; SILVA, J.A. da; ARAÚJO, J.I.F. de; AZEVEDO, A. C.B. de. Assistência ao pré-natal no Rio Grande do Norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção básica. *Revista Ciência Plural*, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 61-80, 26 ago. 2021. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3id22151>.

ALMEIDA, S. M. V. DE; BARBOSA, L. M. V. Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação. *Revista brasileira de educação médica*, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 672–680, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981->

5271v43suplemento1-20190136. Acesso em: 12 maio 2025.

BARBOSA, M. L. et al. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. *Cadernos saúde coletiva*, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>. Acesso em 11 maio 2025

BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84966–84985, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057>.

BATISTELLA, A. O. A. et al. Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo. *Revista Bioética*, v. 31, 2023. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/3247. Acesso em: 12 maio 2025.

BORSATO, Fabiane Gorni; CARVALHO, Brígida Gimenez. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1275-1288, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.10212019>. Acesso em: 11 maio 2025.

BORYSOW, I. DA C.; ODA, W. Y.; FURTADO, J. P. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, v. 33, 2023. Disponível em: *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Acesso em 11 maio 2025

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. A atuação do Ministério Público em face das organizações sociais de saúde. Brasília: CNMP, 2019, p. 27-31. Disponível em:

https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/12-12_LIVRO_MANUAL_SA%C3%9ADE_I.pdf. Acesso em: 25 abr 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de tuberculose – número especial – março de 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2022/marco/24/be_tuberculose_2022_especial.pdf. Acesso em 11 maio 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal garante repasse adicional de R\$ 2 bilhões para assegurar assistência em entidades filantrópicas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/governo-federal-garante-repasse-adicional-de-r-2-bilhoes-para-assegurar-assistencia-em-entidades-filantropicas>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em 11 maio 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p. Disponível em: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Acesso em 11 maio 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 11 maio 2025

CARVALHO, Junior. Prefeitos pedem para dividir custeio da Saúde. Diário do Grande ABC, 28 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.dgabc.com.br/Noticia/2982708/prefeitos-pedem-para-dividir-custeio-da-saude?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 08 de maio de 2025.

CAVALLI, L. O.; CARVALHO, B. G. A formação médica na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. Revista brasileira de educação médica, v. 46, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20210310>. Acesso em: 12 maio 2025.

COSTA, F. D. DA; AZEVEDO, R. C. S. DE. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Revista brasileira de educação médica, v. 34, n. 2, p. 261–269, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200015>. Acesso em: 12 maio 2025.

COSTA, Marco Aurélio et al. Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2364). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=comcontent&view=article&id=32648>.

DOS SANTOS, D. L. Narde; GERHARDT, T. E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 129–136, mar. 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/5310/3011>.

ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS-NETO, E. T.; TRAVASSOS, C. M. R. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1735–1749, maio, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S6TdJzy7c7wNlyBtfdpFV3n/>.

FARIA, Lina. Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico. Bahia: Edufba- Editora da Universidade Federal da Bahia, 2023. E-book (266 p.). ISBN 978-65-5630-436-6. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36470>. Acesso em: 11 maio 2025.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: um olhar sob a perspectiva dos usuários do sistema de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023211009pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

FREIRE, Mariana Prado et al. Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, Supl.1, p. 4, 11 maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Qualidade do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.]. 7 p. il. (Curso de Especialização em Segurança do Paciente em Maternidades). Disponível em: https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/seguranca-do-paciente-em-maternidades/percurso/pdf/Atividade_1_Qualidade_do_cuidado_em_saude.pdf.

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA A AGENDA 2030. VIII Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Brasil, p. 27. Disponível em: https://gtagenda2030.org.br/wp-content/uploads/2024/10/rl_2024_pt-web-completo_lowres.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

HÜNING, S. M.; SILVA, A. K. DA; NETTO BRAGA, T. L. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS EDUCACIONAIS NO BRASIL. Cadernos CEDES, v. 41, n. 114, p. 110–119, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/CC223650>. Acesso em: 11 maio 2025.

HAEFFNER, L. S. B. et al. Vulnerabilidade social e de saúde de pessoas em situação de rua. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, v. 57, n. spe, 2023. Disponível em: scielo.br/j/reeusp/a/QBgm8d6r3g6f8PzWhGdMYqQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). As 6 dimensões da qualidade na assistência à saúde. São Paulo: IBSP, [s.d.]. 1 p. il. Disponível em: <https://ibsp.net.br/as-6-dimensoes-da-qualidade-na-assistencia-a-saude/>.

MACHIN, R. et al. Diversity and difference: health professional training challenges. Ciência & saúde coletiva, v. 27, n. 10, p. 3797–3806, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.04892022>.
Acesso em: 12 maio 2025.

MACIEIRA, Waldir. O direito à saúde dos vulneráveis: os desafios de uma efetivação em tempos de pandemia. Revista da 7ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal Direitos Sociais e Fiscalização de Atos Administrativos em Geral, Brasília, v. 6, n. 1, p. 63–88, jul./dez. 2020. Disponível em:
<https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr7/revista/edicoes/volume-6-no-1-julho-dezembro-de-2020>. Acesso em: 11 maio 2025.

MACHADO, Helenira Macêdo Barros et al. Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde-doença da população. Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política, Boa Vista, v. 3, n. 6, p. 6086–6102, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N6-073. Disponível em:
<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/982>. Acesso em: 11 maio 2025.

MARTIN, T. et al. EQUIDADE EM SAÚDE: DESIGUALDADES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS GLOBALMENTE. Revista Científica Ipedss, v. 04, n. 01, 1 jan. 2024. Disponível em:
<https://www.revistacientificaipedss.com/equidade-em-saude-desigualdades-no-acesso-aos-cuidados-de-saude-em-populacoes-vulneraveis-globalmente>. Acesso em: 23 maio 2025

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Disponível em:
<https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/projetos-msf/brasil/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

MERHY, Emerson Elias; SLOMP JUNIOR, Helvo; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. A promoção da saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma

leitura micropolítica dos determinantes sociais da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 27, e220231, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220231>.

MOURA, A. C. A. DE et al. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Revista brasileira de educação médica*, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190352>. Acesso em: 12 maio 2025.

MOURA, Luan Prado de; SILVA, Katiúscia Vianna; SANTOS, Amanda Tisatto dos; CAPELLARI, Claudia; BERG, Maisson da Silva. Saúde e vulnerabilidade da população LGBT+: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 5, e21512538966, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.38966>. Acesso em: 11 maio 2025.

NASCIMENTO, Amanda Ramos do; VIANA, Dijanice dos Santos; MACÊDO, Gilvanice Danielly Ramos de; LUNA, Joyce Maria de; BARBOSA, Juliana Carla; SILVA, Rafaela Niels da. Entre avanços e desafios: a história do Sistema Único de Saúde. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 1, n. 2, [Edição Especial], ago. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v1i2.10951>.

Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. Redes de atenção à saúde na atenção primária: o papel do acesso no cuidado integrado e coordenado. In: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e

oportunidades na Atenção Primária à Saúde. [S. l.]: Pedro & João Editores, 2023. p. 101-111. ISBN 9786526505793.

OMS. Health equity and its determinants, 2021, p. 2. Genebra: WHO Publishing, 2021. Disponível em https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true.

OMS. Healthy Equity Assessment Toolkit. c2025. Disponível em: https://www.who.int/data/inequality-monitor/assessment_toolkit. Acesso em: 11 de maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Melhorar a qualidade do atendimento na prestação de serviços de saúde. Brasília, DF: OPAS, 2023. p. 1..

PESSOA, G. R. et al. Segurança do paciente em tempos de pandemia: reflexão a partir dos atributos de qualidade do cuidado. Revista Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 26, spe, e20220109, 2022.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. DE. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. Ciência & saúde coletiva, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33842019>. Acesso em: 12 maio 2025.

SILVA, R. D R.; SANTOS, T. S.; RAMOS, W. T.; BARREIRO , M. S. C.; BARBOSA MENDES , R. .; FREITAS, C. K. A . Desafios da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Saúde Coletiva (Barueri), [S. l.], v. 11, n. 65, p. 6324–6333, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6324-6333. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1615>. Acesso em: 23 maio. 2025.

SANTANA, R. R. et al. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. *Educação e realidade*, v. 46, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236102343>. Acesso em: 12 maio 2025.

SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Aracê, São José dos Pinhais*, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, abr. 2025. DOI:<https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil : um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. *Ipea.gov.br*, 2022. p. 55. Disponível em <http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port>.

SILVA, S. V. et al. Facilitadores do acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: revisão de escopo. *Acta Fisiátrica*, v. 29, n. 3, p. 219-231, 27 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v29i3a194435>. Acesso em: 12 maio 2025.

TESSER, C. et al. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. *Trabalho Educação e Saúde. Trabalho Educação e Saúde*, v. 22, p. e2743254, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2743>

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, jan 2012.

Página deixada em branco de forma intencional



SAÚDE MENTAL E VIDA UNIVERSITÁRIA: REPERCUSSÕES PARA A FORMAÇÃO DOS FUTUROS MÉDICOS BRASILEIROS

*Alef Ferreira Pereira; Felipe Furtado Freitas;
Henrique Benatti Rodrigues Pereira; João Pedro
Ruffeil Oliva; Mayana Marques Lisboa; Paulo Victor
Guterres Ribeiro; Oneli de Fátima Teixeira
Gonçalves*

A saúde mental tem emergido como uma das principais preocupações da sociedade contemporânea — especialmente no contexto universitário e, mais especificamente, na formação em medicina, em virtude das exigências e do pouco conhecimento, dos alunos, sobre os grupos de apoio no meio acadêmico.

O ambiente universitário, embora represente um espaço de desenvolvimento intelectual e pessoal, também pode se constituir como um cenário de intensas pressões, exigências e desafios emocionais, visto que o mercado de trabalho exige uma postura profissional dos alunos desde o início da graduação.

Esses fatores, muitas vezes invisíveis, impactam diretamente a trajetória acadêmica e profissional dos estudantes, influenciando não apenas seu bem-estar, mas também a qualidade do futuro exercício da medicina no Brasil.

Na sociedade atual, marcada por profundas transformações sociais, tecnológicas e culturais, os índices de sofrimento psíquico têm crescido de forma alarmante, principalmente nos países capitalistas, onde o materialismo e o consumismo são colocados como objetivos de vida.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), os transtornos mentais são uma das principais causas de incapacidade no mundo, afetando mais de 970 milhões de pessoas. Em especial, os jovens adultos — faixa etária que corresponde à maioria dos estudantes universitários — estão entre os grupos mais vulneráveis.

Como aponta Birman (1999), vivemos um tempo em que as subjetividades são constantemente pressionadas por exigências de produtividade, competitividade e sucesso, o que contribui para o adoecimento psíquico.

No contexto universitário, essas questões adquirem contornos ainda mais específicos. A entrada na universidade representa uma etapa fundamental de transição para a vida adulta, marcada por intensas descobertas, redefinições identitárias e o enfrentamento de novas responsabilidades; isso, entretanto, nem sempre é compatível com a realidade do jovem.

Na Universidade do Estado do Pará, desde o ano de 2009, dados do Serviço de Apoio Psicológico e Pedagógico ao Estudante (Gonçalves et al., 2024) tem indicado um aumento significativo dos quadros de ansiedade, o que coincide com a literatura internacional que trata especificamente dessa pauta.

No caso da graduação em medicina, esse processo é potencializado por uma carga horária extensa, elevada pressão por desempenho e contato precoce com o sofrimento humano. Estudos como o de Rotenstein et al. (2016), o qual realizou uma meta-análise com mais de 120 mil estudantes de medicina em todo o mundo, identificaram que cerca de 27% dos universitários abordados apresentam sintomas de depressão e 11% pensaram em suicídio ao longo da graduação.

No Brasil, a realidade não é diferente. De acordo com pesquisa realizada por Pacheco et al. (2017), estudantes de medicina brasileiros apresentam altos índices de ansiedade, estresse e depressão — associados a fatores como sobrecarga acadêmica, medo do fracasso e ausência de suporte psicológico institucionalizado.

Isso demonstra que a saúde mental dos futuros médicos não pode ser negligenciada, pois repercute diretamente na qualidade do cuidado que esses profissionais oferecerão à população. Afinal, a realização de

um bom ofício exige do futuro profissional um equilíbrio biopsicossocial.

Dessa forma, torna-se essencial compreender as interfaces entre saúde mental e vida universitária, especialmente no campo da medicina. Isso se deve ao fato de que os futuros profissionais estarão na linha de frente do cuidado humano e serão referência para a sociedade no quesito saúde e qualidade de vida.

Como afirma Morin (2000), a formação de um profissional não se limita à aquisição de saberes técnicos, mas envolve também a formação ética, afetiva e subjetiva. Assim, refletir sobre as repercussões da vida universitária na saúde mental dos estudantes de medicina é também um exercício de responsabilidade social e institucional, que visa à construção de práticas mais humanas e integradoras no campo da saúde.

O PANORAMA DA SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE BRASILEIRA

A saúde mental, segundo a conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de desenvolver suas habilidades pessoais, lidar com o estresse cotidiano, trabalhar de forma produtiva e contribuir com sua comunidade.

No entanto, essa definição, muitas vezes apresentada de maneira abstrata, precisa ser interpretada à luz dos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que os sujeitos estão inseridos. O conceito de saúde mental é, portanto, dinâmico, histórico e interpessoal, atravessado por fatores sociais que vão muito além de aspectos biológicos.

No Brasil, onde as desigualdades estruturais são marcantes, os determinantes sociais da saúde — como a pobreza, o racismo, a violência urbana, o desemprego, a insegurança alimentar e o acesso limitado a serviços públicos — representam barreiras concretas à promoção do bem-estar psicológico (OMS, 2021).

Além disso, o sofrimento psíquico tem sido crescentemente medicalizado em detrimento de uma abordagem crítica dos fatores sociais que o provocam e os cuidados devidos para uma qualidade de vida adequada ao estudante.

Tal afirmação fica evidente em pesquisas que mostram as práticas de atenção em saúde mental no Brasil ainda atuando, em muitos casos, segundo uma lógica reducionista, baseada na prescrição medicamentosa, sem a devida articulação com estratégias psicossociais e comunitárias (Perotta et al., 2021).

No que se refere ao panorama estatístico da saúde mental no Brasil, revela-se uma crise silenciosa e persistente, marcada por altos índices de adoecimento psíquico e baixa cobertura assistencial — o que se materializa em uma sociedade consumista, a qual camufla seus problemas em uma vida materialista.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), o Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade no mundo, atingindo cerca de 9,3% da população. Em outro panorama, a depressão afeta mais de 12 milhões de brasileiros, o que coloca o país entre os cinco com maior carga depressiva no continente.

Esses números alarmantes são agravados por um sistema de saúde que, apesar dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS, ainda é insuficiente para atender à demanda crescente por cuidados em saúde

mental, visto que seu foco ainda é muito direcionado para o cuidado da patologia com ausência de compreensão acerca do sujeito (Aguiar et al., 2023).

A transição para o ensino superior, marcada por exigências acadêmicas elevadas, insegurança quanto ao futuro profissional e isolamento social, tem sido um fator de risco importante para o surgimento de quadros de ansiedade, depressão e ideação suicida.

Uma pesquisa conduzida com universitários brasileiros durante a pandemia revelou taxas superiores a 60% de sintomas moderados a graves de ansiedade e depressão, o que aponta para uma crise de saúde mental no ambiente acadêmico. De modo ainda mais grave, há uma subnotificação significativa dos casos de sofrimento mental entre estudantes, tanto por medo do estigma quanto pela ausência de espaços institucionais adequados de acolhimento e escuta (Ferreira et al., 2021).

Outro ponto importante a ser ressaltado é que as implicações na saúde mental, como estresse ou medo, reduzem significativamente as capacidades de concentração, de tomada de decisão e de manutenção de rotinas saudáveis, prejudicando não apenas o rendimento acadêmico pessoal, mas também a conduta e o manejo laboral.

A pesquisa de Maddalena (2025) com estudantes universitários evidenciou que a saúde mental comprometida interfere negativamente na autoestima, na motivação e no desempenho acadêmico, sendo frequentemente ignorada pelas instituições de ensino superior, pois não fornecem um espaço seguro para que esses alunos possam se concentrar em uma progressão acadêmica de qualidade.

No âmbito profissional, o impacto é igualmente alarmante, pois a necessidade de um currículo bom e o medo

de não se adequar ao mercado de trabalho criam pontos de reflexões que afetam a vida do indivíduo. Assim, é essencial considerar também que o presenteísmo — ou seja, estar presente fisicamente, mas com produtividade reduzida devido ao sofrimento psíquico — é um fenômeno cada vez mais frequente, em virtude do cansaço psicológico (Garrido, 2017).

Ademais, o estigma ainda é um obstáculo significativo ao cuidado em saúde mental, especialmente em contextos competitivos como o meio universitário e o mercado de trabalho, onde a exigência é diária. Muitos indivíduos evitam buscar ajuda por medo de discriminação ou por receio de serem percebidos como frágeis ou incompetentes.

Essa cultura de silenciamento e autocobrança impede o acolhimento adequado e agrava os quadros clínicos de um grupo da sociedade que necessita cada vez mais de atenção. Frente a isso, é imprescindível que a valorização do cuidado emocional seja entendida como um compromisso ético coletivo, não como uma responsabilidade isolada do indivíduo adoecido, de modo a gerar uma luta coletiva em prol da saúde mental de qualidade.

O AMBIENTE UNIVERSITÁRIO E SEUS DESAFIOS

A trajetória escolar dos estudantes de graduação perpassa diversas modalidades de ensino (desde o Ensino Fundamental até a graduação) e exige uma postura diferente ao longo dos anos, haja vista que cada espaço emana seus símbolos de poder e suas regras de convivência, ou melhor, sobrevivência. Assim, o período de transição do Ensino Médio à graduação é uma dessas fases e requer uma adaptação nem sempre confortável para o aluno.

Afinal, seu passado na educação básica foi pautado em um ensino que não o colocava como sujeito ativo no aprendizado, ou seja, participava apenas de aulas expositivas, na universidade, em contrapartida, precisa enfrentar novas demandas e pressões (às vezes sem auxílio), proporcionando uma rotina nada confortável (Bresolin, 2020).

Essa mudança no cenário é acompanhada de uma estrutura curricular que exige a entrega de trabalho e o estudo de conteúdos extensos. Esses fatores nem sempre se alinham com a realidade da comunidade, pois é necessário dedicar uma quantidade de tempo considerável ao deslocamento, trabalhar ou mesmo ser responsável por um núcleo familiar e ainda cumprir com a carga horária exigida pelo curso. Tal cenário gera problemas de ordem psicológica logo no início da graduação, visto que o meio acadêmico não leva em consideração as diversas realidades socioeconômicas do indivíduo (Leite et al., 2024).

Outro aspecto relevante é o discurso de autonomia do aluno propagado pela universidade como um pilar importante para o desenvolvimento desse, em que o sujeito é o responsável pela construção da sua trajetória.

Assim, o indivíduo é convencido de que precisa ser bem-sucedido ao final da graduação, para isso necessitando construir um perfil profissional, manter forte o processo de socialização e seguir um *modus operandi* que nem sempre coaduna com a sua realidade de vida.

Prova disso é a exigência nos cursos de saúde e a tão sonhada vaga pela residência, a qual anda em conjunto com a trajetória universitária do estudante (Perotta et al., 2021). Entende-se que tal autonomia é um ponto importante para o desenvolvimento do aluno, no entanto carece de acompanhamento, principalmente no período inicial.

Esse conjunto de mudanças força o discente a uma adaptação abrupta e acompanhada de muitos desafios, sendo um deles a questão financeira.

Diante das novas formas de ingressar no ensino superior, alunos de baixa renda possuem o direito de acesso; a permanência, porém, é colocada em risco diante das demandas não alinhadas às condições econômicas dos indivíduos e ao baixo incentivo financeiro (como bolsas de pesquisa ou extensão).

Portanto, evidencia-se que não é fornecida uma segurança acadêmica, levando a quadros de depressão em que o pessimismo e o futuro na graduação são incertos (Sousa et al., 2021).

Ademais, alunos em condições de desamparo biopsicossocial precisam viver constantemente com a possibilidade de reprovação, motivada tanto por notas de avaliações que não conseguem definir por completo a vida de um acadêmico quanto pela redução na probabilidade de aprovação em monitorias ou projetos de pesquisa — afetados por todos os processos já citados, como a pequena quantidade de bolsas para um meio acadêmico com grandes demandas (Hernandez et al., 2022).

Assim, em contextos educacionais marcados pela exigência de excelência, a pressão pelo alto desempenho tem se intensificado, especialmente entre estudantes da saúde, em que os cuidados com a vida da sociedade exigem uma atenção constante do futuro profissional da saúde.

A competitividade, aliada à responsabilidade com a vida humana, gera um ambiente onde o rendimento acadêmico elevado deixa de ser apenas um objetivo e passa a ser uma necessidade para a permanência no curso, tendo em vista que o meio seleciona os indivíduos de acordo com seus jogos de poder simbólicos.

Conclui-se, a partir dos fatos expostos, que, no meio acadêmico, os mais fortes serão aqueles que melhor se adaptam ao sistema (Moreira et al., 2024).

A lógica meritocrática, que associa o sucesso exclusivamente ao esforço individual, ignora as disparidades sociais e institucionais enfrentadas por muitos estudantes. Esse modelo fortalece a ideia de que resultados positivos são fruto apenas de dedicação pessoal, desconsiderando dificuldades estruturais pessoais como a falta de apoio psicológico, a sobrecarga emocional e a diferença no acesso aos recursos acadêmicos (Piedade, 2021).

Nesse cenário, a construção de um currículo competitivo é encarada como uma estratégia essencial para garantir destaque em processos seletivos futuros, seja para residências, pós-graduações ou inserção no mercado de trabalho.

A pressão por estágios, publicações e boas notas se soma à já intensa rotina de estudos, levando muitos estudantes a adotarem métodos não convencionais para manter a produtividade, como o uso de substâncias estimulantes (Sharif et al., 2021).

Entre os estudantes de medicina que utilizam psicoestimulantes com frequência, parece comum a crença de que o desempenho acadêmico seria significativamente inferior sem essas substâncias. Uma pesquisa realizada em Minas Gerais com 389 estudantes universitários na área da saúde sobre o uso de psicoestimulantes como forma de aumentar o desempenho nos estudos mostrou que 21% já utilizou tais drogas, dentre elas cloridrato de metilfenidato e dimesilato de lisdexanfetamina.

Isso revela uma dependência funcional alimentada pela insegurança e pelo medo do fracasso, reforçados por um ambiente que valoriza o rendimento a qualquer custo e

negligência a saúde emocional; levando, assim, o indivíduo a recorrer a estratégias prejudiciais em busca do melhor desempenho (Moreira et al., 2024).

Além dos efeitos colaterais físicos, como alterações no sono e na alimentação, o uso contínuo dessas substâncias pode afetar negativamente as relações pessoais e o equilíbrio emocional. Estudantes que lidam com cargas horárias excessivas relatam dificuldades em manter momentos de lazer e convivência familiar, o que aumenta sentimentos de solidão e desgaste psicológico (Leite et al., 2024).

SAÚDE MENTAL NO CURSO DE MEDICINA: UMA REALIDADE PREOCUPANTE

O impacto dos fatores já discutidos anteriormente implica diretamente na saúde mental dos discentes, pois o processo de adaptação exige uma mentalidade para a qual o aluno pode não se sentir preparado — principalmente aqueles que vieram diretamente do ensino médio no ano anterior.

Na grade curricular do curso da Universidade do Estado do Pará (UEPA, 2015), por exemplo, para além de uma carga horária integral os alunos devem complementar seu currículo com projetos de extensão, ligas acadêmicas, trabalhos científicos, entre outros, buscando um grau de excelência que não coaduna com a sua realidade biopsicossocial.

Alinhada a isso, há a necessidade de boa performance nas atividades avaliativas, na busca por uma pontuação máxima e com o medo de reprovar nas disciplinas. Por conseguinte, muitos estudantes abandonam suas atividades recreativas para poder sustentar a rotina exaustiva.

Desse modo, hábitos nocivos, como a privação de sono e o uso de substâncias psicoativas, tornam-se corriqueiros na vida desses indivíduos, o que propicia um ambiente favorável para o desenvolvimento de distúrbios mentais (Boclin et al., 2020; Mesquita et al., 2024).

A competição e a procura pela perfeição acadêmica também se tornam fatores fomentadores de um ambiente hostil nas universidades. Nesse contexto, o cenário capitalista mercadológico instiga nos estudantes a urgência de se destacar dos demais alunos e o aperfeiçoamento pessoal e profissional, para que no futuro não se torne um profissional descartado diante das exigências do mercado de trabalho.

Dessa forma, o impacto da cultura da competitividade nas instituições de ensino superior contribui para a consolidação de um mercado de trabalho intolerante e desarticulado. Como consequência, é comprometido o serviço prestado nos hospitais e em ambientes da saúde (Rodrigues; Camiato, 2018).

Diante desse panorama, percebe-se a alta prevalência de transtornos mentais entre os estudantes de medicina. Consoante a isso, uma pesquisa realizada na Universidade Estadual Paulista (Unesp) apontou que seus alunos do curso em questão apresentavam mais de 44% de prevalência de transtornos mentais comuns (TMC).

Agregando a essa discussão, outro estudo, conduzido pela Universidade Regional de Blumenau (SC), identificou que entre 30% e 44% dos seus alunos apresentavam algum tipo de transtorno mental comum ou sintomas relacionados.

Sendo assim, os dados apresentados reforçam a necessidade de implementação de estratégias de apoio psicológico e a promoção da saúde mental nos ambientes

acadêmicos para os graduandos em medicina (Lima; Domingues; Cerqueira, 2006; Grether et al., 2019).

Dessa maneira, compreende-se que o ambiente acadêmico, em especial no contexto da graduação em medicina, pode deixar de ser um espaço de formação integral para se tornar um agente desencadeador de crises emocionais profundas.

As intensas mudanças vivenciadas pelos estudantes, aliadas à cobrança por desempenho e à falta de preparo emocional para enfrentar as exigências da nova rotina, contribuem para um cenário preocupante de adoecimento psíquico.

Por isso, torna-se imprescindível que as instituições de ensino superior repensem suas práticas pedagógicas e ofereçam suporte contínuo à saúde mental dos discentes, promovendo ambientes mais acolhedores e humanos, que favoreçam o desenvolvimento não apenas técnico, mas também emocional e social dos futuros profissionais da saúde (Bresolin et al., 2020).

AS REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO DOS FUTUROS MÉDICOS

A saúde mental é parte essencial na formação do estudante de medicina, influenciando diretamente o seu desempenho acadêmico, a capacidade de aprendizado e a qualidade do atendimento prestado aos seus futuros pacientes.

Médicos em formação enfrentam desafios únicos que os tornam particularmente vulneráveis a problemas de saúde mental, os quais podem afetar negativamente a sua trajetória ao longo da formação e repercutir na sua atuação profissional (Rich et al., 2024).

O ambiente da faculdade de medicina é altamente competitivo e exigente. Os estudantes enfrentam longas jornadas de estudo e exposição constante ao sofrimento humano desde o início até o fim do curso, somadas a uma cultura institucional que frequentemente minimiza ou silencia os sinais de sofrimento mental.

Desse modo, esse cenário contribui para o desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse entre os estudantes de medicina, afetando negativamente sua capacidade de concentração, memória e aprendizado (Rich et al., 2024).

Cerca de 13% dos estudantes de medicina no Brasil sofrem de burnout, enquanto taxas de depressão podem chegar a 30% (Pacheco, et al., 2017). Tais condições podem levar à queda no desempenho acadêmico, aumento do risco de erros durante os estágios e até mesmo ao abandono do curso (Rajasekar; Krishnan, 2021).

Muitos dos estudantes evitam buscar apoio psicológico devido ao medo de possíveis repercussões em suas carreiras, piorando os problemas de saúde mental e perpetuando um ciclo de sofrimento que prejudica o aprendizado (Wilkinson, 2023).

O burnout é caracterizado por exaustão emocional extrema, despersonalização, redução da realização pessoal e irritabilidade, sendo comum entre os estudantes de medicina desde os primeiros anos do curso até a residência médica (Pileghy; Aguiar; Nascimento, 2023).

Relacionado a isso, todos os fatores já explorados anteriormente nesta discussão propiciam o desenvolvimento dessa comorbidade entre os estudantes de medicina (Pileghy; Aguiar; Nascimento, 2023).

Vários dos estudantes da graduação em debate entram na faculdade com uma visão idealizada sobre o

curso, o que pode gerar frustração quando confrontados com a realidade da prática médica — criando grande discrepância entre expectativas e realidade, o que eleva os sentimentos de inadequação e esgotamento emocional.

Tal sentimento é potencializado pela comparação constante entre os alunos e o ambiente naturalmente competitivo (Pilenghy; Aguiar; Nascimento, 2023).

O burnout durante a graduação pode anteceder outras condições psiquiátricas graves, como depressão, ansiedade e até indícios suicidas. Esse esgotamento emocional, que se manifesta por cansaço crônico, desmotivação e sensação de ineficácia, é resultado direto da sobrecarga acadêmica, das longas jornadas de estudo e da constante pressão por excelência.

No curso de medicina, esse quadro torna-se ainda mais alarmante diante da competitividade intensa e da exigência de um desempenho contínuo, mesmo diante de condições adversas.

Assim, é comum estudantes de medicina apresentarem sintomas relacionados ao burnout antes mesmo da residência médica, o que evidencia a existência do sofrimento mental já nas primeiras etapas da formação (Pilenghy; Aguiar; Nascimento, 2023).

ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Conforme exposto em seções anteriores, a trajetória de formação médica caracteriza-se por sua longa duração e pela vivência de experiências intensas e desafiadoras. Além da pressão pela conquista de vagas em programas de residência e das deficiências estruturais presentes em muitas instituições de ensino, os estudantes ainda enfrentam desafios pessoais, financeiros e familiares. Esses

fatores, somados, podem tornar o percurso formativo extremamente desgastante, favorecendo o adoecimento psíquico.

Sob essa ótica, é essencial que as universidades implementem políticas de cuidado e ofereçam suporte institucional contínuo aos discentes de medicina. O apoio psicológico, aliado à promoção de um ambiente acadêmico mais saudável, pode representar um importante fator de proteção à saúde mental dos alunos.

Diversas estratégias podem ser utilizadas para a promoção do bem-estar, tanto no nível individual quanto coletivo. Entre as iniciativas mais comuns estão o incentivo à prática de atividades físicas, o fortalecimento de redes de apoio, a oferta de serviços de saúde mental e a criação de espaços que estimulem a convivência e a escuta entre os estudantes (Pereira, 2024).

Um exemplo significativo de ação coletiva voltada à saúde mental é o programa de mentoria desenvolvido em uma universidade do Centro-Oeste brasileiro. Com base em uma disciplina específica, alunos de diferentes semestres são selecionados aleatoriamente para compor grupos de mentoria.

Esses grupos se reúnem mensalmente com um professor mentor, e a dinâmica dos encontros pode variar conforme o perfil dos participantes, priorizando sempre a troca de experiências e o acolhimento (Brondani et al., 2021).

Além dos encontros regulares, são promovidas oficinas e atividades como yoga, meditação e o “Cineclube da Medicina”. Essa convivência entre estudantes de diferentes períodos contribui para a criação de um ambiente menos competitivo e mais colaborativo, o que favorece diretamente a saúde mental. A alta adesão dos alunos e a replicação do

programa em outra instituição indicam o sucesso da proposta (Brondani et al., 2021).

Outra experiência relevante foi realizada em uma universidade do Paraná, com a participação de oito estudantes de medicina. Durante seis meses, foram realizadas 16 rodas de conversa, sempre à noite, com acompanhamento de estudantes de Psicologia em final de curso.

Nessas rodas, os participantes puderam compartilhar suas vivências acadêmicas, emoções e percepções sobre o cotidiano universitário. Ao final da intervenção, todos relataram uma retomada de atividades prazerosas que haviam sido deixadas de lado devido às exigências do curso, sinalizando uma melhoria significativa em seu bem-estar (Branco; Pan, 2017).

Esses exemplos demonstram que o suporte institucional e a implementação de políticas voltadas à saúde mental dos estudantes são fundamentais no contexto da formação médica. Ao investir em ações que promovam o cuidado coletivo e individual, as universidades podem contribuir para um ambiente mais acolhedor, colaborativo e menos adoecedor.

Esse tipo de investimento não apenas favorece o bem-estar dos alunos, mas também fortalece sua trajetória acadêmica e prepara profissionais mais conscientes e equilibrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, considera-se que a trajetória do estudante de medicina é marcada por intensas exigências acadêmicas, emocionais e sociais, que colocam sua saúde mental em constante risco.

A vivência universitária, muitas vezes idealizada como um espaço de amplo apoio e equitativo, revela-se um cenário desafiador, onde a competitividade, a cobrança por excelência e a ausência de suporte institucional contribuem para o adoecimento psíquico e o baixo rendimento acadêmico.

Diante disso, é fundamental compreender que os estudantes não são apenas aprendizes de práticas clínicas, mas sujeitos inseridos em contextos complexos que influenciam profundamente seu bem-estar e afetam seus círculos sociais para além da universidade.

A partir do panorama exposto, torna-se evidente a necessidade de romper com a lógica meritocrática que ignora desigualdades sociais e estruturais, muitas vezes presentes na vivência dos alunos e propagada por alunos e professores.

A pressão por produtividade, o medo do fracasso e a cultura de desempenho a qualquer custo se tornam fatores que distanciam o estudante de uma formação integral e saudável.

Assim, cuidar da saúde mental na universidade não é apenas uma medida emergencial, mas um compromisso com a formação de profissionais mais empáticos, equilibrados e preparados para o exercício da medicina.

A implementação de políticas institucionais de apoio, como programas de mentoria, espaços de escuta, incentivo ao lazer e oferta de serviços psicológicos, é um caminho promissor para reverter esse cenário.

Experiências exitosas em diversas universidades brasileiras demonstram que ações coletivas e bem planejadas têm impacto positivo na saúde mental dos estudantes. Além disso, essas práticas favorecem um

ambiente de colaboração, diminuem o isolamento e ajudam a resgatar o sentido humano da formação médica.

Portanto, é urgente que as instituições deixem de encarar a saúde mental como um tema secundário e passem a tratá-la como eixo estruturante de formação. A universidade deve ser espaço de conhecimento, mas também de acolhimento, escuta e cuidado.

Ao priorizar o bem-estar dos seus discentes, contribui-se não apenas para sua permanência no curso, mas também para a formação de profissionais mais conscientes, sensíveis e comprometidos com a construção de uma medicina mais ética, afetiva e humanizada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Anayara Freires; LIMA, Lara Santos Sá; CORRÊA, Gabriela de Moraes; SANTOS, Cátia Mendes dos; CORRÊA FILHO, João Maria. Influência do vínculo médico-paciente na adesão ao tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 31884-31896, 15 dez. 2023. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n6-410>. Acesso em: 10 mai. 2025.

BIRMAN, Joel. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 35-49, mar. 1999. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999001003>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BOCLIN, Karine de Lima Sírio; CECÍLIO, Fernanda Fabian Callejon; FAÉ, Gabriela; FANTI, Gabriela; CENTENARO, Guilherme; PELLIZZARI, Thoany; GAVIOLLI, Emanuela; MARIO, Débora Nunes; RIGO, Lilian. Academic performance

and use of psychoactive drugs among healthcare students at a university in southern Brazil: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, [S.L.], v. 138, n. 1, p. 27-32, fev. 2020.

BRANCO, Patricia Ingrisani; SOUZA PAN, Miriam Aparecida Graciano de. Rodas de conversa: uma intervenção da psicologia educacional no curso de medicina. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 156-167, set./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v18n3p156-167>. Acesso em: 10 mai. 2025.

BRESOLIN, Julia Zancan; DALMOLIN, Grazielle de Lima; VASCONCELLOS, Silvio José Lemos; BARLEM, Edison Luiz Devos; ANDOLHE, Rafaela; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza. Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 28, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3210.3239>. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRONDANI, Patrícia Gonçalves de Moraes; SANTOS, Adelair Helena dos; OLIVEIRA, Ana Maria de; ANUNCIACÃO, Carlos Eduardo; GARCIA-ZAPATA, Marco Túlio Antônio; PEREIRA, Maria Amélia Dias. Um programa de mentoria para estudantes de Medicina de uma universidade do Centro-Oeste brasileiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v45.supl.1-20210105>. Acesso em: 9 jun. 2025.

DIAZ, Alejandro Antonio Hernandez; CARRASCO, Daniela Hernández; FIGUEROA, Doris Peña; WORMALD, Ailyn Troncoso. Revision Narrativa: automedicación en estudiantes del área de la salud relacionado con salud mental en pandemia covid-19, 2020 - 2022. *Horizonte de Enfermería*, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 659-675, 2023. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponível em:

http://dx.doi.org/10.7764/horiz_enferm.34.3.659-675.
Acesso em: 6 abr. 2025.

FERREIRA, Lis Campos; AMORIM, Rívia Siqueira; CAMPOS, Fellipe Matos Melo; CIPOLOTTI, Rosana. Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-Cov-2/COVID-19. *Plos One*, [S.L.], v. 16, n. 5, p. 0251525-0251525, 18 maio 2021. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251525>. Acesso em: 9 jun. 2025.

GARRIDO, Giovanna; MENDONÇA, Adriana Vazzoler; LOPES, Kelly Marques de Oliveira; SILVEIRA, Marco Antonio. Presenteísmo: causas e consequências de um mal subterrâneo. *Revista de Ciências da Administração*, [S.L.], p. 54-67, 30 ago. 2017. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2017v19n48p54>. Acesso em: 30 maio 2025.

GONÇALVES, Oneli de Fátima Teixeira; OEIRAS, Michel França; NEDER, Patrícia Regina Bastos; CARNEIRO, Eliana Célia Silva; MOREIRA, Elisângela Claudia de Medeiros; OLIVEIRA, Izabel Cristina Borges; DARWICH, Antônio Sergio Vasconcelos; AIRES NETO, Francisco; CARVALHO; Ana Paula Seabra da Silva; GONÇALVES, Maria de Nazaré. In: GONÇALVES, Oneli de Fátima Teixeira; DINIZ, Caetano da Providência Santos; OEIRAS, Michel França (Orgs.). *Serviço de Apoio Psicológico e Pedagógico ao Estudante - SAPPE: 15 anos de atividades na Universidade do Estado do Pará*, UEPA, Belém: EDUEPA, 2024.

GREThER, Eduardo Otávio; BECKER, Mateus Ciola; MENEZES, Helena Medina; NUNES, Carlos Roberto de Oliveira. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre Estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica*,

[S.L.], v. 43, n. 11, p. 276-285, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180260>. Acesso em: 6 abr. 2025.

LEITE, Vanessa Ferraz; KOGIEN, Moisés; MAIA, Margani Cadore Weis; BITTENCOURT, Marina Nolli; RÉZIO, Larissa de Almeida; MARCON, Samira Reschetti. Indicators of emotional distress and mindfulness in undergraduate students: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 77, n. 5, p. 1-8, 2024. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0499>. Acesso em: 9 jun. 2025.

LIMA, Maria Cristina Pereira; DOMINGUES, Mariana de Souza; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 40, n. 6, p. 1035-1041, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102006000700011>. Acesso em : 6 abr. 2025.

MADDALENA, Natalia de Castro Pecci; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; EZEQUIEL, Oscarina da Silva; LUCCHETTI, Giancarlo. Factors associated with mental health and quality of life among Brazilian medical students: a three-year longitudinal study. *Journal Of Mental Health*, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 38-45, 10 ago. 2024. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2024.2390374>. Acesso em: 9 jun. 2025.

MESQUITA, Matheus Lopes Bitar; SILVA, Bianca Rafaela Farias da; PINTO, Fernando Freitas da Silva; PARAENSE, Jorge Luis Moscoso; TAVARES, Ingrid Neves; SILVA, Monique Gisela Oliveira e; BARROS, Larissa Cristina Machado de. Consequências da privação de sono para a saúde mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 24,

n. 10, p. 15957-15957, 18 out. 2024. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.25248/reas.e15957.2024>. 18 out. 2024.

MOREIRA, Joyce Emanuelle; RODRIGUES, Mariana Camile Las-Casas; PALHARES, Carlos Vinícius Teixeira; OLIVEIRA, Thiago Henrique Caldeira de; GONÇALVES, Gleisy Kelly Neves. Adverse events and safety concerns among university students who misused stimulants to increase academic performance. Einstein (São Paulo), [S.L.], v. 22, p. 1-1, 2024. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Disponível em:
http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2024ao0895. Acesso em: 9 jun. 2025.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª. ed. Tradução de Catarina Eleonora da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health of refugee and migrant populations: global recommendations for action. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342440>. Acesso em: 30 mai. 2025. ISBN 978-92-4-003102-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO. Geneva: World Health Organization, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS destaca necessidade urgente de transformar a saúde mental e a atenção à saúde mental. [S.l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 17 jun. 2022.

PACHECO, João; GIACOMIN, Henrique; TAM, Wilson; RIBEIRO, Tássia; ARAB, Claudia; BEZERRA, Italla; PINASCO, Gustavo. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.L.], v. 39, n. 4, p. 369-378, 31 ago. 2017. EDITORA SCIENTIFIC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>. Acesso em: 9 jun. 2025.

PEREIRA, Fábio. 10 Estratégias para Promover a Saúde Mental e Bem-Estar Social. 10 jun. 2024. Disponível em: <https://www.onisciencia.com.br/2024/06/10-estrategias-para-promover-saude.html?m=1>. Acesso em: 6 abr. 2025.

PEROTTA, Bruno; ARANTES-COSTA, Fernanda M.; ENNS, Sylvia C.; FIGUEIRO-FILHO, Ernesto A.; PARO, Helena; SANTOS, Itamar S.; LORENZI-FILHO, Geraldo; MARTINS, Milton A.; TEMPSKI, Patricia Z. Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. *Bmc Medical Education*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-1, 17 fev. 2021.

PIEIDADE, Carlos Henrique Pereira. Pelo diálogo e aproximação entre universidade e ensino médio: condições necessárias e efetivação democrática. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 34710917513-34710917513, 28 jul. 2021. *Research, Society and Development*.

PILENGHY, Carlos Eduardo Muniz; AGUIAR, Vitor Correa; NASCIMENTO, Gilmar dos S.. SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA, FATORES DE RISCO E SUAS PRINCIPAIS AÇÕES DE PREVENÇÃO: uma revisão sistemática da literatura. *Zenodo*, [S.L.], p. 1882-1892, 1 jul. 2023.

RAJASEKAR, Geetha; KRISHNAN, Ramakrishnan. Mental Health of Medical Practitioner. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 279-285, 26 jun. 2021. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/02537176211006874>. Acesso em: 9 jun. 2025.

RICH, Antonia; VINEY, Rowena; SILKENS, Milou; GRIFFIN, Ann; MEDISAUSKAITE, Asta. The experiences of students with mental health difficulties at medical school: a qualitative interview study. *Medical Education Online*, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-1, 13 jun. 2024. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10872981.2024.2366557>. Acesso em: 9 jun. 2025.

MARTINS, Nathalia Medeiros; CARDOSO, Danielly Santos dos Anjos; COSTA, Laís Miranda Crispim; SANTOS, Regina Maria dos; SANTOS, Laíze Samara dos. As formas de vivência da competitividade pelos estudantes na graduação em enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 895-916, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00069>. Acesso em: 6 abr. 2025.

ROTENSTEIN, Lisa; RAMOS, Marco; TORRE, Matthew; SEGAL, Bradley; PELUSO, Michael; GUILLE, Constance; SEN, Srijan; MATA, Douglas. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *Jama*, [S.L.], v. 316, n. 21, p. 2214, 6 dez. 2016. American Medical Association (AMA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.17324>. Acesso em: 10 maio 2025.

SHARIF, Safia; GUIRGUIS, Amira; FERGUS, Suzanne; SCHIFANO, Fabrizio. The Use and Impact of Cognitive Enhancers among University Students: a systematic review. *Brain Sciences*, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 355, 10 mar. 2021.

SOUSA, Girliani Silva de; RAMOS, Barbara Moreira Duarte; TONACO, Luis Antônio Batista; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; PEREIRA, Maria Odete; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Factors associated with suicide ideation of healthcare university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 75, n. 3, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0982>. Acesso em: 30 maio 2025.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará Unificado: Belém, Santarém e Marabá. Belém: UEPA, 2015.

WILKINSON, Emma. Medical students face high levels of mental health problems but stigma stops them getting help. *Bmj*, [S.L.], p. 933, 25 abr. 2023. *BMJ*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p933>. Acesso em: 9 jun. 2025.



ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem Clínica, 19
Ações em Saúde, 171
Assistência Hospitalar, 85, 100
Assistência Social, 167
Atenção Primária, 135, 145

C

Cenário da Oncologia, 113
Comunicação em Saúde, 113
Comunicação Médica, 111
COVID-19, 100
Cuidado Centrado no Paciente,
23

D

Determinantes Sociais, 163
Diferenças Regionais, 167
Direito À Saúde, 177

E

Educação Médica, 179
Empatia, 61
Entendimento da Doença, 50
Equidade, 167

F

Família, 111
Formação em Saúde, 47
Formação Médica, 61, 67, 191

I

Integralidade do Cuidado, 25
Integralidade no Sus, 29
Integralidade, 19
Inteligências Artificiais, 100

M

Manejo Médico, 135
Medicina além dos Órgãos, 94
Medicina, 161
Modelo Biomédico, 20

O

Olhar da Medicina, 20
Oncologia, 111
Órgãos, 19

P

Paciente Oncológico, 119
Políticas Públicas, 87
Prevenção Da Violência, 151

S

Saúde Mental, 191
Situação de Risco, 171
Subjetividade, 41
Sustentabilidade, 171

V

Vítimas de Violência, 145
Vulnerabilidades Estruturais,
163
Vulnerabilidades Sociais, 171

