



II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado

Volume 1 • Edição 1 • 2027



Vinculado ao II Congresso Regional de
Medicina Geral e Clínica Integrada (CORMED)



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

FOLHA DE ROSTO

Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado

Volume 1 • 1ª edição • 2027

Publicação científica vinculada ao **II Congresso Regional de Medicina Geral e Clínica Integrada (CORMED)**.

Editora responsável: Editora Cognitus

2027



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Congresso Regional de Medicina Geral e Clínica
Integrada (CORMED) (2. : 2027 : on-line)
Medicina geral e clínica integrada [livro
eletrônico] : ciência, evidências e cuidado
humanizado / editora responsável
Editora Cognitus. -- 1. ed. -- Teresina, PI :
Editora Cognitus, 2026.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-83818-45-4

1. Clínica médica 2. Cuidados de saúde
3. Humanização nos atendimentos à saúde
4. Medicina - Congressos 5. Prática médica
I. Editora Cognitus. II. Título.

26-386186.0

CDD-610.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina : Congressos 610.6

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

EXPEDIENTE EDITORIAL

Título da obra	Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado
Volume / edição / ano	Volume 1 • 1ª edição • 2027
Vinculação científica	II Congresso Regional de Medicina Geral e Clínica Integrada (CORMED)
Editora	Editora Cognitus
Coordenação editorial	Editora Cognitus
Projeto gráfico e diagramação	Editora Cognitus
Comissão científica e avaliação	Najla Gergi Krouchane; Mateus Henrique Dias Guimarães; Andre Massahiro Shimaoka; Victor Martins Fontoura

Nota de responsabilidade

Os conteúdos, dados, interpretações, opiniões, citações e referências apresentados nos capítulos são de responsabilidade de seus respectivos autores. A publicação integra a produção científica vinculada ao II CORMED e observa a organização editorial da Editora Cognitus.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

COMISSÃO EDITORIAL E AVALIADORES

Najla Gergi Krouchane

Mateus Henrique Dias Guimarães

Christian Business School (CBS)

Andre Massahiro Shimaoka

Universidade Federal de São Paulo

Victor Martins Fontoura

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga

A comissão participa do processo editorial e/ou de avaliação científica dos trabalhos vinculados à obra, conforme a organização do evento e da editora.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Título: Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado

Edição: 1ª edição

Volume: 1

Ano: 2027

Editora: Editora Cognitus

ISBN do e-book: 978-65-83818-45-4

DOI geral da obra: 10.71248/9786583818454

APRESENTAÇÃO

O e-book Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado reúne produções científicas vinculadas ao II Congresso Regional de Medicina Geral e Clínica Integrada (CORMED), articulando atualização científica, raciocínio clínico e cuidado centrado nas necessidades das pessoas.

A proposta editorial deste volume é favorecer a circulação de conhecimentos aplicáveis à prática em saúde, contemplando diferentes campos da medicina e da clínica integrada. Os capítulos são apresentados com identificação de autoria, filiação institucional, resumo, palavras-chave, desenvolvimento científico e referências, preservando a rastreabilidade acadêmica das contribuições publicadas.

O Volume 1, em sua 1ª edição, inaugura a série de 2027 com trabalhos selecionados no âmbito do CORMED e organizados pela Editora Cognitus. Novos capítulos poderão integrar versões subsequentes do volume mediante atualização editorial do sumário e da paginação.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



II CONGRESSO REGIONAL DE
MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

SUMÁRIO

Apresentação

CAPÍTULO 1 - Rotura Prematura de Membranas: Desafios Contemporâneos no Manejo e na Prevenção das Complicações Infecciosas **6-15**

Autores do Capítulo 1

Ana Luiza Milhomem Ciel Fernandes; Adam Policarpo Melo Amaral; Sergio Hax; Humberto Borges Ribeiro Filho; Igor Louza Rodrigues de Souza; Pablyne Câmara Rezende; Júlia de Paula Cavalcante; Vichthorya Maria Carvalho; Ana Laura Vieira Inacio Cunha Godoy; Regiane Vieira Pareali da Costa.

CAPÍTULO 2 - Estratégias de Educação em Saúde para a Promoção de Hábitos Saudáveis e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis **16-28**

Autores do Capítulo 2

Herica Francine Pinto Meneses; Gabriela Dalan de Godoy Bueno; Giovanna Tardivel Pinezi; Gilberto de Oliveira Ferreira; Marckson da Silva Paula; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos; Tayrine Maria da Silva; Elisiane Goveia da Silva; Luciano Postilioni Aires; Grazielle Monteiro Barcelos.

CAPÍTULO 3 - Integração entre Diferentes Áreas da Saúde na Prática Clínica: Impactos sobre a Integralidade e a Segurança do Paciente **29-41**

Autores do Capítulo 3

Lizandra Moreno Costa; Valéria Batista de Sousa; Maurício Rouvel Nunes; Régis dos Santos Martines; Joseph Ferraz Pereira; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos; Tayrine Maria da Silva; Elisiane Goveia da Silva; Luciano Postilioni Aires; Grazielle Monteiro Barcelos.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NO MANEJO E NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

Ana Luiza Milhomem Ciel Fernandes¹; Adam Policarpo Melo Amaral²; Sergio Hax³; Humberto Borges Ribeiro Filho²; Igor Louza Rodrigues de Souza⁴; Pablyne Câmara Rezende⁴; Júlia de Paula Cavalcante⁵; Vichthorya Maria Carvalho²; Ana Laura Vieira Inacio Cunha Godoy²; Regiane Vieira Pareali da Costa².

¹ Universidade de Gurupi – UnirG.

² Faculdade Zarns de Itumbiara.

³ Universidade Católica de Pelotas.

⁴ Centro Universitário Atenas – Paracatu.

⁵ Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

RESUMO:

A rotura prematura de membranas, especialmente quando ocorre antes de 37 semanas, constitui relevante desafio obstétrico por exigir equilíbrio entre o prolongamento da gestação e o risco de complicações infecciosas. Este capítulo teve como objetivo discutir os desafios contemporâneos relacionados ao manejo da condição e à prevenção de infecções maternas, fetais e neonatais. Realizou-se revisão narrativa, com busca nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Cochrane Library, mediante descritores controlados e termos livres relacionados à rotura de membranas, infecção intra-amniótica, biomarcadores e antibioticoterapia. Os resultados demonstraram que a conduta deve ser individualizada conforme a idade gestacional, a viabilidade fetal e as condições materno-fetais. A antibioticoterapia de latência, a vigilância clínica contínua e a redução de exames vaginais desnecessários permanecem medidas essenciais. Entretanto, a identificação precoce da infecção intra-amniótica ainda é limitada, pois sinais clínicos, proteína C-reativa, leucócitos e índices derivados do hemograma apresentam desempenho variável quando empregados isoladamente. Biomarcadores como a interleucina 6 no fluido cervicovaginal mostraram resultados promissores, porém ainda necessitam de padronização e validação. A amniocentese pode auxiliar em situações selecionadas, embora seu caráter invasivo restrinja o uso rotineiro. Conclui-se que a integração entre avaliação clínica, exames laboratoriais, monitorização fetal e antibioticoterapia racional é fundamental para reduzir as complicações infecciosas e evitar interrupções gestacionais desnecessariamente precoces.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas; Corioamnionite; Infecção intra-amniótica; Antibioticoterapia; Prematuridade.

ABSTRACT

Premature rupture of membranes, especially when occurring before 37 weeks of gestation, poses a significant obstetric challenge because management must balance pregnancy prolongation against infectious risk. This chapter discusses contemporary challenges in managing the condition and preventing maternal, fetal, and neonatal infections. A narrative review was conducted in





PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, SciELO, and the Cochrane Library using controlled descriptors and free-text terms related to membrane rupture, intra-amniotic infection, biomarkers, and antibiotic therapy. Management should be individualized according to gestational age, fetal viability, and maternal-fetal status. Latency antibiotics, continuous clinical surveillance, and avoidance of unnecessary vaginal examinations remain essential. Early identification of intra-amniotic infection is still limited because clinical signs, C-reactive protein, leukocyte counts, and blood-count-derived indices show variable performance when used alone. Cervicovaginal interleukin-6 is promising but requires standardization and validation. Amniocentesis may assist in selected cases, although its invasive nature limits routine use. Integrating clinical assessment, laboratory testing, fetal monitoring, and rational antibiotic therapy is fundamental to reducing infectious complications while avoiding unnecessarily early delivery.

Keywords: Premature rupture of membranes; Chorioamnionitis; Intra-amniotic infection; Antibiotic therapy; Prematurity.

1 INTRODUÇÃO

A rotura prematura de membranas ovulares é definida pela ruptura espontânea das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Quando ocorre antes de 37 semanas, é denominada rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM pré-termo), condição estreitamente relacionada ao nascimento prematuro e a importantes desfechos adversos maternos, fetais e neonatais. A diretriz clássica do American College of Obstetricians and Gynecologists estabelece que a conduta deve considerar a idade gestacional e a presença de complicações, como infecção intra-amniótica, descolamento prematuro de placenta e comprometimento fetal. Apesar dos avanços na assistência perinatal, o manejo permanece complexo, pois exige equilíbrio entre o prolongamento da gestação, necessário para favorecer a maturação fetal, e o risco progressivo de infecção ascendente e outras complicações obstétricas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Giouleka *et al.*, 2024; Dayal; Hong, 2025).

A relevância clínica da RPPM pré-termo decorre não apenas de sua associação com a prematuridade, mas também da ruptura da barreira física que protege o ambiente intrauterino contra a ascensão de microrganismos provenientes do trato genital inferior. Esse processo pode resultar em invasão microbiana da cavidade amniótica, inflamação intra-amniótica, corioamnionite clínica ou histológica e, nos casos mais graves, bacteremia e sepse materna. Para o conceito, a exposição intrauterina à inflamação relaciona-se à sepse neonatal precoce, pneumonia, enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar e comprometimento do neurodesenvolvimento. A gravidade desses desfechos tende a ser maior quanto mais precoce for a rotura e mais prolongado o período de latência (Goodfellow *et al.*, 2024; Battarbee *et al.*, 2024).

Um dos principais desafios contemporâneos consiste na identificação precoce da infecção intra-amniótica. Os sinais clínicos tradicionalmente empregados, como febre materna, taquicardia materna ou fetal, dor uterina e secreção vaginal de odor desagradável, geralmente aparecem quando o processo inflamatório já se encontra estabelecido. Da mesma forma, marcadores séricos





convencionais, incluindo leucócitos, proteína C-reativa e relação neutrófilo-linfócito, apresentam desempenho variável e podem sofrer influência da própria gestação, do estresse fisiológico e do uso de corticosteroides. Estudos recentes mostram que índices inflamatórios derivados do hemograma podem contribuir para a estratificação do risco, mas ainda possuem capacidade preditiva independente limitada e não devem ser utilizados isoladamente para determinar a interrupção da gestação (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Nesse contexto, a investigação de biomarcadores mais específicos tornou-se uma das principais perspectivas para a personalização da assistência. A interleucina 6, mensurada no líquido amniótico, plasma materno ou fluido cervicovaginal, tem apresentado resultados promissores na identificação de inflamação intra-amniótica e corioamnionite histológica. Uma metanálise recente demonstrou elevada acurácia da interleucina 6 cervicovaginal na população com RPPM pré-termo, sugerindo seu possível emprego como teste não invasivo de triagem. Outros marcadores cervicovaginais, como haptoglobina, pentraxina-2 e resistina, também estão sendo estudados para identificar invasão microbiana e inflamação antes do aparecimento das manifestações clínicas. Entretanto, diferenças nos pontos de corte, nos métodos laboratoriais e nas populações avaliadas ainda limitam sua incorporação rotineira aos protocolos assistenciais (Cho *et al.*, 2025; Solomou *et al.*, 2025).

A amniocentese permanece o método mais direto para investigação da cavidade amniótica, permitindo avaliar cultura, testes moleculares e mediadores inflamatórios. Contudo, seu caráter invasivo, a disponibilidade limitada e a ausência de consenso sobre quais pacientes realmente se beneficiam do procedimento dificultam sua utilização universal. Evidências recentes indicam que a identificação da inflamação ou da infecção intra-amniótica pode contribuir para individualizar o momento do parto e evitar tanto a manutenção de uma gestação infectada quanto uma interrupção desnecessariamente precoce. Ainda assim, a decisão clínica deve integrar idade gestacional, viabilidade fetal, sinais maternos, avaliação cardiotocográfica, resultados laboratoriais e capacidade de assistência neonatal da instituição (Cobo *et al.*, 2025; Vajrychova *et al.*, 2025).

Outro ponto central é o emprego dos antibióticos de latência, recomendados principalmente nos casos de RPPM pré-termo em que se opta pela conduta expectante. Esses esquemas podem prolongar a gestação e reduzir algumas complicações infecciosas, mas ainda existem divergências quanto à escolha do antimicrobiano, duração do tratamento e substituição da eritromicina pela azitromicina. Essas incertezas assumem maior importância diante das diferenças regionais de resistência bacteriana e do possível impacto dos antibióticos sobre o microbioma materno e neonatal. Consequentemente, a profilaxia antimicrobiana precisa ser diferenciada do tratamento da infecção intra-amniótica estabelecida e da profilaxia intraparto para o estreptococo do grupo B, uma vez que apresentam objetivos, indicações e esquemas distintos (Day *et al.*, 2024; Kua *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, a abordagem contemporânea da rotura prematura de membranas deve ultrapassar protocolos baseados exclusivamente na idade gestacional e na presença de manifestações clínicas tardias. A integração entre vigilância materno-fetal, antibioticoterapia racional, avaliação microbiológica, biomarcadores inflamatórios e definição individualizada do





momento do parto pode contribuir para reduzir simultaneamente a prematuridade iatrogênica e as complicações infecciosas. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os desafios atuais no diagnóstico e no manejo da rotura prematura de membranas, com ênfase na prevenção, detecção precoce e tratamento das infecções maternas, fetais e neonatais

2 METODOLOGIA

O presente capítulo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir e discutir evidências sobre os desafios contemporâneos no manejo da rotura prematura de membranas, com ênfase na prevenção, identificação precoce e tratamento das complicações infecciosas maternas, fetais e neonatais.

A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Cochrane Library. Utilizaram-se descritores DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês. A estratégia principal foi: ("Premature Rupture of Fetal Membranes" OR "Preterm Prelabor Rupture of Membranes" OR PPROM OR "Rotura Prematura de Membranas") AND ("Intra-Amniotic Infection" OR chorioamnionitis OR "infecção intra-amniótica" OR biomarker* OR biomarcadores OR "Antibiotic Prophylaxis" OR antibiotic* OR antibioticoterapia). Nas bases que não aceitaram a sintaxe completa, os blocos foram adaptados aos campos e operadores disponíveis, preservando os mesmos conceitos.

Foram elegíveis publicações de janeiro de 2024 a julho de 2026, em português, inglês ou espanhol, incluindo artigos originais, estudos observacionais, revisões sistemáticas, metanálises, revisões clínicas e diretrizes de sociedades científicas. Também foram admitidos documentos clássicos anteriores ao recorte quando necessários para definir a condição ou fundamentar recomendações consolidadas. Consideraram-se essenciais os documentos que apresentavam recomendação formal de sociedade científica, definição amplamente adotada ou orientação clínica não substituída por evidência posterior.

Foram excluídos trabalhos duplicados, relatos isolados de caso, resumos publicados exclusivamente em anais de eventos, estudos sem relação direta com a rotura prematura de membranas e publicações que não abordassem aspectos relacionados ao diagnóstico, manejo clínico, antibioticoterapia, inflamação intra-amniótica ou prevenção das complicações infecciosas. Também foram excluídos estudos com informações insuficientes sobre os métodos empregados ou cujos resultados não contribuísssem diretamente para os objetivos desta revisão.

Após a remoção de duplicatas, títulos e resumos foram examinados quanto à pertinência temática; em seguida, 13 publicações potencialmente elegíveis foram selecionadas para leitura integral e as 13 foram incluídas na síntese final. A seleção considerou aderência ao objetivo, atualidade, relevância clínica, clareza metodológica e contribuição para controvérsias do manejo. Por se tratar de revisão narrativa, o quantitativo bruto recuperado em cada base não foi utilizado como fluxo de seleção do tipo PRISMA. As evidências foram organizadas nos eixos: aspectos conceituais; mecanismos infecciosos e inflamatórios; diagnóstico da infecção intra-amniótica;





biomarcadores; antibioticoterapia de latência; vigilância materno-fetal; momento do parto; e prevenção de complicações maternas e neonatais.

Não foram realizadas metanálise nem avaliação formal do risco de viés, procedimentos próprios de revisões sistemáticas. A síntese foi descritiva e crítico-interpretativa, com comparação de recomendações, identificação de convergências, divergências e lacunas. Essa opção metodológica, somada à ausência de registro do número bruto de resultados por base, limita a reprodutibilidade e deve ser considerada na interpretação dos achados. Como foram utilizados exclusivamente dados publicados e de acesso público, sem participação direta de seres humanos ou consulta a informações pessoais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo da rotura prematura de membranas depende fundamentalmente da idade gestacional, da viabilidade fetal e da presença de sinais de infecção, trabalho de parto, sofrimento fetal, prolapso do cordão umbilical ou descolamento prematuro de placenta. Nos casos a termo, a interrupção da gestação costuma ser indicada devido ao aumento progressivo do risco infeccioso sem benefício relevante decorrente da manutenção da gravidez. Na RPPM pré-termo, entretanto, a decisão é mais complexa, uma vez que prolongar a gestação pode favorecer a maturação fetal, mas também ampliar o tempo de exposição a microrganismos ascendentes (Giouleka *et al.*, 2024; Dayal; Hong, 2025).

Kua *et al.* (2025), ao compararem diretrizes nacionais e internacionais, identificaram diferenças relevantes nas recomendações sobre o momento do parto, a duração da antibioticoterapia, a possibilidade de acompanhamento ambulatorial e o manejo da RPPM pré-viável. Essa heterogeneidade demonstra que parte das condutas ainda se baseia em evidências limitadas e na disponibilidade de recursos de cada serviço. Portanto, protocolos institucionais devem considerar não apenas a idade gestacional, mas também o acesso a exames microbiológicos, unidades de terapia intensiva neonatal e equipes especializadas em medicina materno-fetal.

Em síntese, a heterogeneidade entre diretrizes não invalida os princípios centrais do cuidado, mas evidencia que decisões sobre local de acompanhamento, duração da latência e momento do parto devem explicitar o contexto assistencial e as preferências da gestante.

A ruptura das membranas compromete uma das principais barreiras de proteção da cavidade amniótica, favorecendo a migração de microrganismos do trato genital inferior. Esse processo pode provocar invasão microbiana do líquido amniótico, resposta inflamatória materna e fetal e desenvolvimento de corioamnionite. Entretanto, infecção e inflamação intra-amniótica não são conceitos necessariamente equivalentes, pois pode existir inflamação estéril sem microrganismos identificáveis ou invasão microbiana sem manifestações clínicas evidentes (Lanzarone *et al.*, 2025).

A corioamnionite clínica geralmente é suspeitada diante de febre materna associada a manifestações como taquicardia materna ou fetal, sensibilidade uterina, leucocitose e secreção vaginal purulenta ou de odor desagradável. Contudo, esses achados apresentam sensibilidade e





especificidade limitadas. Além disso, alterações como leucocitose e taquicardia podem decorrer do uso de corticosteroides, do trabalho de parto, da ansiedade, da desidratação ou de outras condições clínicas, dificultando a diferenciação entre respostas fisiológicas e infecção verdadeira (Altinboga *et al.*, 2026).

Durante a conduta expectante, a vigilância deve incluir avaliação periódica da temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial maternas, além da investigação de dor abdominal, sensibilidade uterina, alterações do líquido amniótico, sangramento vaginal e redução dos movimentos fetais. A avaliação fetal pode envolver ausculta da frequência cardíaca, cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e análise do crescimento, da apresentação fetal e do volume de líquido amniótico (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Lanzarone *et al.* (2025) observaram que os testes inflamatórios disponíveis apresentam desempenho variável para a previsão da corioamnionite histológica e da funisite. Esses achados indicam que resultados normais não afastam completamente a doença, assim como valores elevados não confirmam, de maneira isolada, a presença de infecção intra-amniótica. Consequentemente, a utilização de pontos de corte rígidos pode gerar tanto atraso diagnóstico quanto intervenções obstétricas desnecessárias.

Altinboga *et al.* (2026) avaliaram índices derivados do hemograma, como a relação neutrófilo-linfócito, o índice de inflamação imune sistêmica e outros parâmetros combinados. Alguns desses índices apresentaram associação com menor período de latência, baixo peso ao nascer e corioamnionite. O índice de inflamação imune sistêmica demonstrou desempenho promissor para a identificação de corioamnionite; contudo, os marcadores perderam significância independente em parte das análises ajustadas. Assim, podem funcionar como ferramentas complementares de estratificação, mas ainda não substituem a avaliação clínica.

Na revisão sistemática e metanálise conduzida por Solomou *et al.* (2025), a interleucina 6 demonstrou desempenho diagnóstico relevante para a previsão de corioamnionite histológica. No subgrupo de gestantes com RPPM, a IL-6 cervicovaginal apresentou área sob a curva de 0,91, indicando excelente capacidade discriminatória. A dosagem plasmática também apresentou resultados satisfatórios, enquanto a IL-6 no líquido amniótico mostrou desempenho moderado. Esses achados sugerem que a avaliação cervicovaginal pode representar uma alternativa não invasiva promissora.

Entretanto, os próprios autores identificaram elevado risco de viés entre os estudos incluídos, além de diferenças nos métodos de coleta, técnicas laboratoriais e pontos de corte. Dessa forma, a elevada acurácia observada ainda precisa ser confirmada em estudos prospectivos, multicêntricos e com protocolos padronizados antes que a IL-6 seja adotada rotineiramente como critério para interrupção da gestação.

Cho *et al.* (2025) também identificaram resultados promissores com a análise de haptoglobina, pentraxina-2 e resistina no fluido cervicovaginal. As concentrações dessas proteínas apresentaram associação com invasão microbiana da cavidade amniótica, inflamação intra-amniótica e corioamnionite histológica. A principal vantagem desses marcadores é a possibilidade





de coleta não invasiva e repetida, favorecendo o acompanhamento durante o período de latência. Todavia, assim como ocorre com a IL-6, ainda faltam valores de referência universalmente aceitos e validação externa suficiente.

Assim, embora a IL-6 e outros marcadores cervicovaginais ampliem a capacidade de estratificação, a evidência atual ainda não sustenta seu uso rotineiro como critério isolado para interromper a gestação; seu papel permanece complementar à avaliação clínica e fetal.

A amniocentese possibilita a avaliação direta do líquido amniótico por meio de cultura, coloração de Gram, dosagem de glicose, contagem celular, testes moleculares e análise de mediadores inflamatórios. Por essa razão, pode oferecer informações mais específicas sobre a presença de microrganismos e a resposta inflamatória intra-amniótica. Cobo *et al.* (2025) discutem sua utilização na identificação de pacientes que poderiam se beneficiar de uma conduta mais individualizada.

Apesar do potencial diagnóstico, o uso rotineiro da amniocentese permanece controverso. O procedimento é invasivo, depende de equipe capacitada, pode ser tecnicamente difícil diante de oligodrâmnio acentuado e nem sempre produz resultados microbiológicos em tempo suficiente para orientar decisões urgentes. Além disso, culturas negativas não excluem inflamação intra-amniótica, especialmente quando a gestante já recebeu antibióticos ou quando estão envolvidos microrganismos de difícil cultivo.

Day *et al.* (2024) compararam uma dose única de azitromicina com um regime de cinco dias, ambos associados a um betalactâmico. Não houve diferença estatisticamente significativa no período de latência entre os grupos. Contudo, a corioamnionite histológica foi mais frequente entre as pacientes que receberam apenas uma dose, o que levanta a possibilidade de que esquemas prolongados ofereçam maior proteção contra a inflamação placentária. Por se tratar de estudo retrospectivo, seus resultados não são suficientes para estabelecer superioridade definitiva, sendo necessários ensaios prospectivos.

Portanto, a escolha do esquema antimicrobiano deve conciliar benefício perinatal, perfil microbiológico local e uso responsável de antibióticos. A ausência de ensaios comparativos robustos impede afirmar superioridade universal de um regime de azitromicina sobre outro.

Também é necessário diferenciar antibioticoterapia de latência, profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B e tratamento da infecção intra-amniótica. Na presença de corioamnionite ou sepse, o esquema de latência não é suficiente, devendo-se iniciar tratamento intravenoso de amplo espectro e proceder ao controle do foco por meio da interrupção da gestação. Além disso, o uso prolongado e indiscriminado de antimicrobianos deve ser evitado, devido ao risco de resistência bacteriana, efeitos adversos e alterações do microbioma materno e neonatal (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Goodfellow *et al.* (2024) evidenciaram que a RPPM antes de 23 semanas está associada a riscos maternos e neonatais expressivos. Entre as complicações maternas encontram-se corioamnionite, sepse, descolamento prematuro de placenta, hemorragia e necessidade de remoção





cirúrgica da placenta. Esses dados reforçam que o aconselhamento não deve abordar apenas as possibilidades de sobrevivência neonatal, mas também os riscos concretos para a saúde materna.

As recomendações da Society for Maternal-Fetal Medicine destacam a importância da decisão compartilhada, oferecendo informações individualizadas e não diretivas sobre conduta expectante e interrupção da gestação, quando permitida e clinicamente aplicável. Caso se opte pela continuidade, torna-se indispensável estabelecer um plano de vigilância e explicar claramente os sinais de alerta, como febre, calafrios, dor abdominal, sangramento, secreção vaginal alterada, redução dos movimentos fetais e mal-estar sistêmico (Battarbee *et al.*, 2024).

No período pré-viável e periviável, a evidência reforça que não existe decisão exclusivamente protocolar: o benefício fetal incerto deve ser ponderado com a morbidade materna, por meio de aconselhamento documentado, não diretivo e reavaliado ao longo da evolução clínica.

Portanto, as evidências disponíveis sustentam que o manejo da RPPM deve ser individualizado e conduzido por uma equipe multiprofissional. A prevenção das complicações infecciosas depende de diagnóstico adequado, redução de exames vaginais desnecessários, antibioticoterapia racional, vigilância clínica contínua e interrupção oportuna da gestação quando houver sinais de infecção ou comprometimento materno-fetal. O avanço dos métodos moleculares e dos biomarcadores não invasivos poderá aprimorar esse processo, mas, no cenário atual, esses recursos devem complementar — e não substituir o julgamento clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática clínica, a principal implicação desta revisão é que a segurança do manejo depende de protocolos capazes de reconhecer precocemente infecção ou comprometimento fetal e de distinguir antibioticoterapia de latência, profilaxia para estreptococo do grupo B e tratamento da infecção estabelecida. A decisão sobre o momento do parto deve ser compartilhada e considerar idade gestacional, riscos maternos, prognóstico neonatal e recursos disponíveis.

Como perspectiva futura, estudos prospectivos multicêntricos devem validar pontos de corte e métodos de coleta para IL-6 e outros biomarcadores não invasivos, além de comparar esquemas antimicrobianos com desfechos maternos e neonatais relevantes. Até que essas lacunas sejam superadas, biomarcadores e amniocentese devem permanecer ferramentas complementares, e não critérios isolados de decisão.





REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Prelabor rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin, number 217. *Obstetrics & Gynecology*, v. 135, n. 3, p. e80–e97, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003700.

ALTINBOGA, Orhan *et al.* Complete blood count-derived inflammatory indices and perinatal outcomes in pregnancies with preterm premature rupture of membranes: a retrospective cohort study. *American Journal of Reproductive Immunology*, v. 96, n. 1, e70284, 2026. DOI: 10.1111/aji.70284.

BATTARBEE, Ashley N. *et al.* Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #71: management of previable and perivable preterm prelabor rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 231, p. B2–B15, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.07.016. Disponível em: <https://publications.smfm.org/publications/573-society-for-maternal-fetal-medicine-consult-series-71/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

CHO, Hee Young *et al.* Acute-phase proteins and resistin in the cervicovaginal fluid of women with preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2025. DOI: 10.1111/aji.70117.

COBO, Teresa *et al.* Preterm prelabor rupture of membranes: the use of amniocentesis to detect intraamniotic infection reduces maternal and neonatal duration of antibiotic exposure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 233, n. 5, 2025. DOI: 10.1016/j.ajog.2025.06.011.

DAY, Kimberly N. *et al.* Latency antibiotics in preterm prelabor rupture of membranes: a comparison of azithromycin regimens. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 58, n. 3, p. 234–240, 2024. DOI: 10.1177/10600280231181135.

DAYAL, Sarosh; HONG, Perry L. Preterm and term prelabor rupture of membranes. In: *StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing*, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

GIOULEKA, Sonia *et al.* Diagnosis and management of preterm prelabor rupture of membranes: a comprehensive review of major guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 79, n. 10, p. 591–603, 2024. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001313.

GOODFELLOW, Laura *et al.* Preterm prelabour rupture of membranes before 23 weeks' gestation: prospective observational study. *BMJ Medicine*, v. 3, e000729, 2024. DOI: 10.1136/bmjmed-2023-000729.

KUA, Sonia *et al.* Systematic review of national and international clinical practice guidelines for management of preterm prelabour rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 234, n. 6, p. 1579–1592, 2026. DOI: 10.1016/j.ajog.2025.11.030. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41285214/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

LANZARONE, Valeria *et al.* Diagnostic tests for the prediction of histological chorioamnionitis and funisitis in pregnant women with preterm premature rupture of membranes: a systematic





II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

review. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 65, n. 1, p. 13–24, 2025. DOI: 10.1111/ajo.13864.

SOLOMOU, Eleni *et al.* Interleukin 6 for the prediction of chorioamnionitis: a systematic review and meta-analysis. Biomedicines, v. 13, n. 11, 2577, 2025. DOI: 10.3390/biomedicines13112577.

VAJRYCHOVA, Marie *et al.* Quantification of intra-amniotic inflammation in late preterm prelabour rupture of membranes. Scientific Reports, v. 15, 14814, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-99969-8.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Herica Francine Pinto Meneses¹; Gabriela Dalan de Godoy Bueno²; Giovanna Tardivel Pinezi³; Gilberto de Oliveira Ferreira⁴; Marckson da Silva Paula⁵; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos⁶; Tayrine Maria da Silva⁷; Elisiane Goveia da Silva⁸; Luciano Postilioni Aires⁹; Graziele Monteiro Barcelos¹⁰

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hericafrancine@gmail.com

² Centro Universitário de Votuporanga- UNIFEV, Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: gabrieladalanbueno@gmail.com

³ UniSalesiano, Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: giovannapinezi@hotmail.com.

⁴ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gdeoferreira@hcpa.edu.br

⁵ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Brasil. E-mail: profmarckson@gmail.com

⁶ Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dr.leopoldo.azeredo.bastos@gmail.com

⁷ Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Paulista, Pernambuco, Brasil. E-mail: tayrinemaria1@gmail.com

⁸ UFCSPA, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elisianegoveia@gmail.com

⁹ UFPEL, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciano_bls@hotmail.com

¹⁰ Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: grazirad@hotmail.com

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis é um desafio para os sistemas de saúde em razão da elevada morbimortalidade, da necessidade de acompanhamento contínuo e da influência de fatores comportamentais, sociais e ambientais. O capítulo teve como objetivo analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir essas condições, considerando suas contribuições para a assistência, a gestão, a inovação e a integração clínico-assistencial. Desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura, com buscas realizadas na PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO, além dos portais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Foram incluídas 11 publicações divulgadas entre 2023 e 2025, nos idiomas português e inglês. Os resultados demonstraram que rodas de conversa, oficinas, cartilhas, aplicativos, mensagens, vídeos, telemonitoramento e intervenções comunitárias podem ampliar o conhecimento, o autocuidado, a adesão ao tratamento e o controle de indicadores clínicos. Entretanto, ações informativas isoladas apresentaram limitações para produzir mudanças duradouras na alimentação e na atividade física. As estratégias mais promissoras reuniram participação dos usuários, linguagem acessível, definição de metas, acompanhamento profissional, avaliação dos resultados e adequação às condições socioeconômicas e territoriais. Conclui-se que a





educação em saúde deve integrar a rotina assistencial e ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, contribuindo para a medicina geral, a clínica integrada, a prevenção de complicações e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Doenças Não Transmissíveis; Promoção da Saúde; Estilo de Vida Saudável; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Noncommunicable Diseases represent a major challenge for health systems because of their high morbidity and mortality, the need for continuous monitoring, and the influence of behavioral, social, and environmental factors. This chapter aimed to analyze health education strategies used to promote healthy habits and prevent these conditions, considering their contributions to health care, management, innovation, and clinical-care integration. A narrative literature review was conducted through searches in PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, and SciELO, as well as the official websites of the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization. Eleven publications issued between 2023 and 2025 in Portuguese and English were included. The results showed that discussion groups, workshops, booklets, mobile applications, text messages, videos, telemonitoring, and community interventions can improve knowledge, self-care, treatment adherence, and the control of clinical indicators. However, isolated information-based activities showed limitations in producing lasting changes in dietary habits and physical activity. The most promising strategies combined user participation, accessible language, shared goal setting, professional follow-up, outcome assessment, and adaptation to socioeconomic and territorial conditions. It is concluded that health education should be integrated into routine care and developed by multiprofessional teams, contributing to general medicine, integrated clinical practice, the prevention of complications, and continuity of care.

Keywords: Health Education; Noncommunicable Diseases; Health Promotion; Healthy Lifestyle; Comprehensive Health Care.





1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem um dos principais desafios contemporâneos para a saúde pública, devido à elevada mortalidade, à ocorrência de incapacidades, à necessidade de acompanhamento prolongado e aos custos relacionados à assistência. Em 2021, essas condições causaram pelo menos 43 milhões de mortes no mundo, equivalentes a 75% dos óbitos não associados a pandemias, enquanto as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes concentraram 80% das mortes prematuras por. A alimentação inadequada, a prática insuficiente de atividade física, o tabagismo e o consumo prejudicial de álcool permanecem entre os principais fatores comportamentais modificáveis, embora sejam influenciados pelas condições sociais, econômicas, comerciais e ambientais em que as pessoas vivem (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a magnitude do problema pode ser observada nos indicadores de excesso de peso, obesidade, hipertensão e diabetes identificados entre a população adulta. Em 2023, 61,4% dos adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal apresentavam excesso de peso, 24,3% viviam com obesidade, 27,9% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 10,2% relataram diagnóstico de diabetes. No mesmo período, somente 40,6% praticavam pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana durante o tempo livre e apenas 21,4% consumiam a quantidade recomendada de frutas e hortaliças, com diferenças importantes relacionadas ao sexo, à idade e à escolaridade (Brasil, 2023). A permanência desses indicadores demonstra a necessidade de intervenções que ultrapassem a orientação pontual e favoreçam mudanças sustentáveis nas práticas cotidianas (Ramos *et al.*, 2025).

A educação em saúde insere-se nesse contexto como uma estratégia capaz de ampliar o conhecimento, desenvolver autonomia e apoiar decisões relacionadas à alimentação, à atividade física, ao tratamento e à prevenção de complicações. Sua relevância social está relacionada à possibilidade de aproximar informações científicas da realidade da população, respeitando diferenças culturais, níveis de escolaridade, recursos econômicos e formas de organização familiar e comunitária (Cabezas *et al.*, 2025). A relevância científica decorre da necessidade de compreender quais métodos educativos produzem mudanças comportamentais e clínicas duradouras, pois o aumento do conhecimento nem sempre resulta em maior adesão à alimentação saudável ou à prática regular de atividade física (Hietbrink *et al.*, 2025).





Na dimensão profissional e assistencial, as ações educativas podem ser incorporadas às consultas, aos grupos de acompanhamento, às visitas domiciliares, às atividades escolares e às intervenções realizadas em espaços comunitários. A Atenção Primária à Saúde apresenta condições favoráveis para identificar fatores de risco, acompanhar pessoas com condições crônicas e articular ações de promoção, prevenção e cuidado longitudinal, embora programas educativos ainda sejam frequentemente organizados de maneira fragmentada e direcionados a uma única doença (Allory *et al.*, 2024). A participação de enfermeiros, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, agentes comunitários e demais integrantes da equipe contribui para relacionar orientações alimentares, atividade física, saúde mental, adesão terapêutica e condições sociais dentro de uma proposta integrada de cuidado (Ramos *et al.*, 2025).

A inovação em saúde ampliou as possibilidades de desenvolvimento das atividades educativas por meio de aplicativos móveis, plataformas interativas, vídeos, mensagens, telemonitoramento, simulações e materiais impressos adaptados às características do público. Essas tecnologias podem facilitar o acompanhamento, o registro de metas e a comunicação entre profissionais e usuários, sobretudo no cuidado de pessoas com diabetes, hipertensão e outros fatores de risco cardiovascular (Sá *et al.*, 2023). Intervenções digitais direcionadas a pessoas com hipertensão mostraram resultados favoráveis no controle da pressão arterial, na redução do consumo de sal, na prática de atividade física e na adesão medicamentosa, mas a heterogeneidade dos resultados demonstra a necessidade de associar tecnologia, acompanhamento profissional e avaliação contínua (Boima *et al.*, 2024).

A gestão e a organização dos serviços também interferem na continuidade das ações educativas, uma vez que a escassez de profissionais, a sobrecarga assistencial, a ausência de planejamento e a limitada articulação com escolas, equipamentos sociais e organizações comunitárias podem reduzir o alcance das intervenções. Uma análise de 68 programas de educação e apoio à autogestão identificou baixa participação de atores comunitários e verificou que somente 20% das iniciativas consideravam a presença de multimorbidade, apesar da frequência com que diferentes condições crônicas coexistem na mesma pessoa (Allory *et al.*, 2024). No contexto brasileiro, a avaliação de 337 projetos de intervenção demonstrou concentração das propostas em educação em saúde, atividade física, alimentação, obesidade, diabetes e hipertensão, mas também apontou a necessidade de mensurar os resultados alcançados após a implementação das atividades (Ramos *et al.*, 2025).





A integração clínico-assistencial exige que a educação em saúde esteja vinculada ao diagnóstico das necessidades, ao planejamento terapêutico, à continuidade do acompanhamento e à avaliação dos resultados. Intervenções baseadas em cartilhas validadas e atividades educativas contextualizadas apresentaram mudanças positivas no conhecimento, na alimentação, na prática de exercícios e no controle glicêmico de pessoas com diabetes, demonstrando a possibilidade de relacionar educação, assistência e monitoramento clínico (Silva *et al.*, 2025). As estratégias precisam incluir indicadores de conhecimento, comportamento, adesão, pressão arterial, glicemia, estado nutricional e qualidade de vida, permitindo que profissionais e gestores reconheçam os resultados e reorganizem as ações conforme as necessidades identificadas (Boima *et al.*, 2024).

Apesar da ampliação das iniciativas presenciais e digitais, permanece uma lacuna relacionada à integração entre conhecimento, mudança comportamental, acompanhamento prolongado e avaliação clínica. Muitas intervenções concentram-se na transmissão de informações, apresentam curta duração, consideram uma única condição crônica ou não incluem as dimensões emocionais e sociais que interferem no autocuidado (Cabezas *et al.*, 2025). Também existem limitações quanto à personalização dos conteúdos, à participação comunitária, à acessibilidade tecnológica e à identificação dos componentes educativos responsáveis pelos melhores resultados (Hietbrink *et al.*, 2025). A discussão dessas lacunas pode contribuir para o planejamento de práticas mais inclusivas, interprofissionais e articuladas à organização dos serviços de saúde.

Objetivo: Analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis, considerando suas contribuições para a assistência, a promoção da saúde, a inovação, a gestão, o trabalho multiprofissional e a integração clínico-assistencial.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a integração de publicações com diferentes delineamentos, populações, contextos assistenciais e modalidades de intervenção, incluindo ações presenciais, comunitárias, multiprofissionais e digitais.

A busca foi realizada em 17 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online. Também foram consultados os portais institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde para localização de documentos epidemiológicos, relatórios e informações oficiais relacionadas à ocorrência das DCNT e aos seus fatores de risco e de proteção.

Os termos utilizados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings. Em português, foram empregados: “Educação em Saúde”, “Promoção da Saúde”, “Doenças Não Transmissíveis”, “Doença Crônica”, “Estilo de Vida Saudável”,





“Prevenção de Doenças”, “Autocuidado” e “Tecnologia em Saúde”. Em inglês, foram utilizados: “Health Education”, “Health Promotion”, “Noncommunicable Diseases”, “Chronic Disease”, “Healthy Lifestyle”, “Disease Prevention”, “Self-Management” e “Digital Health”.

Na Biblioteca Virtual em Saúde, empregou-se a estratégia: (“Educação em Saúde” OR “Promoção da Saúde”) AND (“Doenças Crônicas Não Transmissíveis” OR “Doenças Não Transmissíveis”) AND (“Estilo de Vida Saudável” OR “Prevenção de Doenças” OR “Autocuidado”). Na SciELO, utilizou-se: (“Educação em Saúde” OR “Tecnologia Educacional”) AND (“Doença Crônica” OR “Doenças Crônicas Não Transmissíveis”) AND (“Promoção da Saúde” OR “Hábitos Saudáveis”). Na PubMed/MEDLINE, foi aplicada a combinação: (“Health Education” OR “Health Promotion”) AND (“Noncommunicable Diseases” OR “Chronic Disease”) AND (“Healthy Lifestyle” OR “Disease Prevention” OR “Self-Management” OR “Digital Health”). Os operadores booleanos OR e AND foram utilizados, respectivamente, para reunir termos semelhantes e estabelecer a intersecção entre educação em saúde, doenças crônicas e promoção de hábitos saudáveis.

O recorte temporal compreendeu as publicações divulgadas entre 1º de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2025, correspondendo aos três últimos anos completos anteriores à elaboração do capítulo. Foram aceitas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, embora nenhum material em espanhol tenha permanecido na seleção final.

Foram incluídos artigos originais, revisões integrativas, revisões sistemáticas, metanálises, revisões rápidas e análises de intervenções que apresentassem estratégias de educação em saúde relacionadas à alimentação saudável, à atividade física, à redução do tabagismo e do consumo prejudicial de álcool, ao letramento em saúde, ao autocuidado ou à prevenção e ao controle das DCNT. Também foram incluídos documentos institucionais que apresentassem dados epidemiológicos, fatores de risco, fatores de proteção ou recomendações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção dessas condições.

Foram excluídas as publicações duplicadas, anteriores ao recorte temporal, indisponíveis para consulta, publicadas em idiomas diferentes dos estabelecidos, sem relação direta com o objetivo do capítulo ou que descrevessem uma condição crônica sem apresentar estratégia educativa, preventiva ou de promoção da saúde. Também foram retirados editoriais, cartas, resumos de eventos, protocolos sem resultados, textos de opinião e materiais que abordassem exclusivamente tratamento farmacológico, procedimentos cirúrgicos ou diagnóstico clínico.

A seleção ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram examinados os títulos e resumos para verificar a presença dos componentes centrais da revisão: educação em saúde, hábitos saudáveis, prevenção, autocuidado e DCNT. Na segunda, os materiais considerados pertinentes foram lidos integralmente, sendo mantidos aqueles que apresentavam resultados, dados epidemiológicos ou informações institucionais diretamente relacionados ao objetivo estabelecido.

O corpus final foi composto por 11 publicações, das quais oito eram artigos científicos e três correspondiam a documentos institucionais. Em relação ao idioma, quatro publicações estavam em





português e sete em inglês. Quanto ao ano de publicação, duas fontes foram publicadas em 2023, três em 2024 e seis em 2025.

Entre os oito artigos científicos selecionados, foram identificadas quatro revisões sistemáticas, duas delas acompanhadas de metanálise, uma revisão integrativa, uma revisão rápida, uma avaliação de impacto do tipo *ex post facto* e uma investigação quase experimental. A soma dos delineamentos ultrapassa oito classificações porque as duas metanálises também foram apresentadas como revisões sistemáticas.

A revisão integrativa examinou dez artigos sobre tecnologias educacionais destinadas ao autocuidado de pessoas com diabetes. A revisão rápida analisou 68 publicações sobre programas de educação e apoio à autogestão de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Uma das revisões sistemáticas e metanálises reuniu 22 ensaios clínicos randomizados, realizados em 12 países, com 12.892 participantes com hipertensão. Outra revisão sistemática sintetizou 61 intervenções digitais personalizadas apresentadas em 117 publicações sobre atividade física e alimentação saudável.

A revisão sistemática sobre letramento em saúde reuniu 14 artigos relacionados à autogestão de doenças crônicas. A avaliação de impacto analisou 337 projetos de intervenção desenvolvidos por profissionais de saúde em Santa Catarina. A investigação quase experimental foi realizada com 34 pessoas com diabetes e avaliou alterações no conhecimento, na alimentação, na atividade física e nos valores glicêmicos após uma intervenção educativa. Também foi incluída uma revisão sistemática e metanálise sobre intervenções educativas voltadas à prevenção das DCNT entre adolescentes de países de baixa e média renda.

Os três documentos institucionais foram constituídos pelo Vigitel Brasil 2023 e por duas publicações da Organização Mundial da Saúde divulgadas em 2024 e 2025. Esses materiais forneceram dados sobre mortalidade por DCNT, excesso de peso, obesidade, hipertensão, diabetes, consumo de frutas e hortaliças e prática de atividade física.

Para a extração das informações, foi utilizado um instrumento elaborado para o capítulo, contendo autoria, ano de publicação, país ou contexto de realização, delineamento, população, tamanho da amostra, estratégia educativa, duração ou forma de aplicação, resultados comportamentais, resultados clínicos e limitações. Nos documentos institucionais, foram extraídos o órgão responsável, o ano, a população de referência, os indicadores avaliados e os respectivos resultados.

Os dados foram analisados de maneira descritiva, comparativa e interpretativa. Inicialmente, as características das publicações foram organizadas conforme o ano, o delineamento e o tipo de estratégia educativa. Em seguida, os resultados foram comparados para identificar aproximações, diferenças, potencialidades e limitações das intervenções.

A síntese foi organizada em cinco eixos temáticos: ações educativas presenciais e participativas; letramento em saúde e autocuidado; tecnologias educacionais e acompanhamento digital; trabalho multiprofissional e integração com a Atenção Primária à Saúde; e intervenções escolares, comunitárias e institucionais. Também foram examinadas as relações entre aquisição de





conhecimento, mudança de comportamento, indicadores clínicos, continuidade do acompanhamento, desigualdades sociais e organização dos serviços.

Por utilizar exclusivamente artigos científicos e documentos institucionais de acesso público, sem contato direto com participantes ou utilização de dados pessoais identificáveis, o capítulo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações permitiu organizar as estratégias de educação em saúde em cinco núcleos principais: ações educativas presenciais e participativas, desenvolvimento do letramento em saúde, utilização de tecnologias educacionais, acompanhamento digital e intervenções comunitárias articuladas à Atenção Primária à Saúde. A combinação dessas modalidades apresentou resultados mais consistentes do que a transmissão isolada de informações, principalmente quando as atividades consideraram as necessidades do território, favoreceram a participação dos usuários e incluíram acompanhamento das mudanças comportamentais (Sá *et al.*, 2023; Allory *et al.*, 2024; Ramos *et al.*, 2025).

A necessidade de ampliar essas estratégias relaciona-se à elevada participação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na mortalidade mundial, uma vez que pelo menos 43 milhões de pessoas morreram por essas condições em 2021, correspondendo a 75% das mortes não associadas a pandemias, enquanto 18 milhões de óbitos ocorreram antes dos 70 anos e 82% das mortes prematuras concentraram-se em países de baixa e média renda. As doenças cardiovasculares responderam por aproximadamente 19 milhões de mortes, seguidas pelos cânceres, com 10 milhões, pelas doenças respiratórias crônicas, com 4 milhões, e pelo diabetes, com mais de 2 milhões de óbitos, situação diretamente relacionada à alimentação inadequada, ao tabagismo, ao consumo prejudicial de álcool e à prática insuficiente de atividade física (World Health Organization, 2025).

No Brasil, os indicadores confirmam a permanência de fatores que favorecem o desenvolvimento das DCNT, pois 61,4% dos adultos residentes nas capitais e no Distrito Federal apresentavam excesso de peso e 24,3% viviam com obesidade em 2023. A prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada no tempo livre foi relatada por somente 40,6% dos adultos, com percentual de 45,8% entre os homens e 36,2% entre as mulheres, enquanto o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi identificado em apenas 21,4% dos entrevistados. O diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial alcançou 27,9% da população investigada e o diagnóstico de diabetes chegou a 10,2%, com redução das frequências entre as pessoas com maior escolaridade (Brasil, 2023).

As diferenças relacionadas à escolaridade demonstram que a adoção de hábitos saudáveis não depende exclusivamente do conhecimento individual, pois as condições econômicas, sociais, comerciais e ambientais influenciam o acesso aos alimentos adequados, aos espaços seguros para exercícios físicos e aos serviços de saúde (Brasil, 2023; World Health Organization, 2025). As ações educativas precisam utilizar linguagem acessível, respeitar a cultura alimentar local, identificar limitações financeiras e construir metas compatíveis com a rotina dos participantes, evitando





responsabilizar individualmente pessoas que convivem com restrições materiais e territoriais (Allory *et al.*, 2024; Ramos *et al.*, 2025).

Entre as estratégias presenciais, destacaram-se rodas de conversa, oficinas, grupos educativos, demonstrações práticas, elaboração compartilhada de metas e uso de materiais validados, uma vez que esses recursos favorecem a troca de experiências e a aplicação das orientações na vida cotidiana (Ramos *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025). Em uma intervenção quase experimental realizada na Paraíba com 34 pessoas com diabetes, atividades educativas fundamentadas em uma cartilha validada produziram mudanças positivas no seguimento da dieta, na prática de exercícios físicos, nos valores glicêmicos e no conhecimento relacionado ao autocuidado. O resultado reforça a importância de atividades que relacionem o conteúdo educativo a situações concretas, incluindo planejamento das refeições, reconhecimento de dificuldades, monitoramento da glicemia e organização de uma rotina possível de atividade física (Silva *et al.*, 2025).

O letramento em saúde constituiu outro componente relevante, pois envolve a capacidade de localizar, compreender, avaliar e utilizar informações para tomar decisões sobre prevenção, tratamento e autocuidado. Uma revisão sistemática com 14 publicações verificou que intervenções voltadas ao letramento em saúde favoreceram a compreensão da doença e a adesão medicamentosa, mas apresentaram resultados inconclusivos para alimentação saudável e atividade física (Cabezas *et al.*, 2025). A diferença entre aquisição de conhecimento e mudança efetiva de comportamento indica que palestras ou orientações pontuais podem ampliar a compreensão sem necessariamente modificar hábitos mantidos por fatores emocionais, familiares, econômicos e ambientais (Cabezas *et al.*, 2025; Hietbrink *et al.*, 2025).

As tecnologias educacionais ampliaram as possibilidades de comunicação e acompanhamento, com a utilização de aplicativos móveis, plataformas interativas, vídeos, materiais impressos, simulações e telemonitoramento. Uma revisão integrativa composta por dez artigos identificou que essas tecnologias foram direcionadas principalmente à autogestão do diabetes, à prevenção de lesões nos pés, ao acompanhamento do tratamento, à alimentação saudável e à atividade física. Os recursos digitais podem enviar lembretes, registrar metas, oferecer orientações breves e manter o vínculo entre profissionais e usuários, enquanto cartilhas e materiais impressos continuam necessários para pessoas com acesso limitado à internet ou com menor familiaridade tecnológica (Sá *et al.*, 2023).

A efetividade das intervenções digitais foi demonstrada em uma revisão sistemática e metanálise que reuniu 22 ensaios clínicos randomizados, realizados em 12 países de baixa e média renda, com 12.892 participantes com hipertensão. As intervenções desenvolvidas por mensagens de texto, aplicativos e outras ferramentas digitais reduziram a pressão arterial sistólica em média 4,43 mmHg e aumentaram em 2,20 vezes a chance de controle pressórico em comparação ao cuidado habitual. Também foram identificadas melhorias na redução do consumo de sal, na prática de atividade física e na adesão aos medicamentos, embora a elevada heterogeneidade entre as intervenções recomende cautela na generalização dos resultados (Boima *et al.*, 2024).





A personalização das mensagens representa uma possibilidade de aumentar a pertinência das orientações, mas sua superioridade em relação às estratégias convencionais ainda não está completamente estabelecida. Uma revisão sistemática identificou 61 intervenções digitais personalizadas descritas em 117 publicações, das quais 87% abordaram atividade física e 43% incluíram alimentação, enquanto 74% utilizaram regras previamente definidas para selecionar mensagens e recomendações. Apesar dos resultados positivos observados em comportamento, peso corporal e outros indicadores dentro dos grupos participantes, os benefícios em comparação aos grupos de controle permaneceram inconclusivos, demonstrando que a tecnologia precisa ser associada ao acompanhamento profissional, à definição compartilhada de metas e à avaliação periódica (Hietbrink *et al.*, 2025).

Na Atenção Primária à Saúde, a educação para o autocuidado mostrou maior potencial quando organizada por equipes interprofissionais e integrada à continuidade assistencial. Uma revisão de 68 experiências de educação e apoio à autogestão verificou que as equipes eram geralmente formadas por dois profissionais, com presença frequente de enfermeiros, enquanto as parcerias com atores comunitários foram pouco descritas e somente 20% dos programas consideraram pessoas com multimorbidade. A baixa inclusão da multimorbidade constitui uma limitação importante, pois hipertensão, diabetes, obesidade e alterações cardiovasculares frequentemente coexistem e exigem orientações integradas, evitando recomendações fragmentadas ou incompatíveis (Allory *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a análise de 337 projetos de intervenção desenvolvidos por profissionais de saúde em Santa Catarina mostrou que 37,43% das propostas estavam concentradas em educação em saúde e 7,45% utilizavam intervenções tecnológicas. A promoção da atividade física esteve presente em 18,5% dos projetos, a prevenção e o controle da obesidade em adultos alcançaram 17,3% e as iniciativas relacionadas ao aumento do consumo de frutas e hortaliças e à redução dos ultraprocessados variaram entre 7% e 15,6%. As intervenções direcionadas ao diabetes representaram 49% das propostas, enquanto 30,6% abordaram hipertensão arterial e 19,9% trataram da obesidade, confirmando a prioridade atribuída aos principais agravos e fatores de risco acompanhados pela Atenção Primária. Os percentuais correspondem ao conteúdo e aos resultados esperados dos projetos, sem representar uma mensuração direta de mudanças clínicas, comportamentais ou epidemiológicas, aspecto reconhecido pelos próprios autores (Ramos *et al.*, 2025).

As escolas e os ambientes de trabalho também constituem espaços estratégicos, pois permitem abordar os fatores de risco antes do desenvolvimento ou agravamento das condições crônicas. Uma revisão sistemática e metanálise sobre intervenções educativas destinadas a adolescentes de países de baixa e média renda identificou melhorias no conhecimento e nas práticas relacionadas à prevenção das DCNT, fortalecendo a utilização de atividades escolares sobre alimentação, movimento corporal, tabagismo e consumo de álcool (Jauhari *et al.*, 2025). A relevância da promoção da atividade física torna-se ainda maior diante da estimativa de que 31% dos adultos do mundo, aproximadamente 1,8 bilhão de pessoas, não atingiram os níveis recomendados de atividade física em 2022 (World Health Organization, 2024).





A síntese dos achados demonstra que as estratégias mais promissoras reúnem diagnóstico das necessidades locais, participação ativa dos usuários, linguagem acessível, materiais culturalmente adequados, definição de metas, acompanhamento contínuo e articulação entre educação e assistência (Allory *et al.*, 2024; Cabezas *et al.*, 2025). A avaliação dessas ações deve ultrapassar a mensuração do conhecimento e incluir indicadores de alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool, adesão ao tratamento, pressão arterial, glicemia, peso corporal e qualidade de vida (Boima *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2025). A educação em saúde apresenta maior capacidade de contribuir para a prevenção das DCNT quando deixa de ser uma atividade ocasional e passa a integrar o cuidado longitudinal, as políticas intersetoriais e as condições concretas que permitem à população manter hábitos saudáveis (Ramos *et al.*, 2025; World Health Organization, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de educação em saúde mostraram-se fundamentais para a promoção de hábitos saudáveis e para a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principalmente quando desenvolvidas de maneira contínua, participativa e adequada às necessidades da população. As ações mais promissoras combinaram linguagem acessível, atividades práticas, construção compartilhada de metas, acompanhamento profissional e utilização de diferentes recursos educativos.

As rodas de conversa, oficinas, cartilhas, vídeos, aplicativos, mensagens e ações comunitárias contribuíram para ampliar o conhecimento, estimular o autocuidado e favorecer mudanças relacionadas à alimentação, à atividade física e à adesão ao tratamento. Entretanto, a disponibilização de informações não garante, isoladamente, a manutenção de novos comportamentos, pois os hábitos de vida também são influenciados pelas condições econômicas, familiares, culturais, emocionais e territoriais.

A Atenção Primária à Saúde apresenta condições favoráveis para organizar intervenções educativas permanentes, acompanhar os participantes e identificar precocemente fatores de risco, como excesso de peso, alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo e consumo prejudicial de álcool. A atuação integrada de enfermeiros, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, agentes comunitários e demais integrantes da equipe pode fortalecer a continuidade do cuidado e atender pessoas que convivem com mais de uma condição crônica.

As tecnologias digitais podem ampliar o alcance das orientações e facilitar o monitoramento dos usuários, mas precisam complementar o contato humano e não substituir o acompanhamento realizado pelos profissionais. Também é necessário garantir alternativas impressas e presenciais para pessoas com acesso limitado à internet, baixa escolaridade ou dificuldades no uso de dispositivos digitais, evitando que a incorporação tecnológica amplie desigualdades já existentes.

Conclui-se que a educação em saúde precisa integrar a rotina dos serviços, das escolas, dos locais de trabalho e dos espaços comunitários, com intervenções planejadas a partir das características de cada território. A continuidade das ações, a participação dos usuários e a avaliação





de indicadores comportamentais e clínicos são indispensáveis para transformar o conhecimento em práticas sustentáveis e contribuir para a redução dos fatores de risco, das complicações e da mortalidade associada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

REFERÊNCIAS

ALLORY, Emmanuel *et al.* Characteristics of self-management education and support programmes for people with chronic diseases delivered by primary care teams: a rapid review. **BMC Primary Care**, v. 25, art. 46, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02262-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-024-02262-2>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BOIMA, Vincent *et al.* Effectiveness of digital health interventions on blood pressure control, lifestyle behaviours and adherence to medication in patients with hypertension in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **EClinicalMedicine**, v. 69, art. 102432, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2024.102432>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10850120/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em: 17 ago. 2026.

CABEZAS, María-Francisca *et al.* The effect of health literacy interventions on self-management in chronic diseases: a systematic review. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 59, n. 1, art. kaaf073, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/abm/kaaf073>. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/59/1/kaaf073/8307790>. Acesso em: 17 ago. 2026.

HIETBRINK, E. A. G. *et al.* Systematic review of dynamically tailored eHealth interventions targeting physical activity and healthy diet in chronic disease. **npj Digital Medicine**, v. 8, art. 696, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-025-02054-7>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-025-02054-7>. Acesso em: 17 ago. 2026.

JAUHARI, Sugandha *et al.* Effectiveness of educational interventions on adolescent knowledge and practices for preventing noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Adolescent Health**, v. 76, n. 5, p. 767-780, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.12.014>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40100186/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

RAMOS, Saulo Fabio *et al.* Projetos de intervenção em saúde: ação estratégica no enfrentamento às doenças crônicas e não transmissíveis. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 34, e20240214, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0214pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YLTNwP4f6VjF8FXvvKdDPbD/>. Acesso em: 17 ago. 2026.





SÁ, Jennyfer Soares de *et al.* Tecnologias educacionais utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 4, e20230049, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0049>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/k5ys3p6Ps5rhx8HQQFxmYMB/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

SILVA, Alex dos Santos *et al.* Intervenções educativas para pessoas com diabetes no contexto pandêmico e pós-pandêmico da COVID-19: quase-experimento. **Cogitare Enfermagem**, v. 30, e96647pt, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96647pt>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/96647>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nearly 1.8 billion adults at risk of disease from not doing enough physical activity**. Geneva: WHO, 26 jun. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 25 set. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 17 ago. 2026.





INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES ÁREAS DA SAÚDE NA PRÁTICA CLÍNICA: IMPACTOS SOBRE A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Lizandra Moreno Costa ¹; Valéria Batista de Sousa ²; Maurício Rouvel Nunes ³; Régis dos Santos Martines ⁴; Joseph Ferraz Pereira ⁵; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos ⁶; Tayrine Maria da Silva ⁷; Elisiane Goveia da Silva ⁸; Luciano Postilioni Aires ⁹; Grazielle Monteiro Barcelos ¹⁰

¹UNIBH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lizandramcosta@gmail.com

²Centro Universitário Uninta-Inta, São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brasil. E-mail: valeriasgab Batista@hotmail.com

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mrrouvelnunes@gmail.com

⁴UNINTER, Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: regissmartines@gmail.com

⁵Universidade do Vale do Rio Doce - Univale, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. E-mail: inserir e-mail.

⁶Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dr.leopoldo.azeredo.bastos@gmail.com

⁷Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Paulista, Pernambuco, Brasil. E-mail: tayrinemaria1@gmail.com

⁸UFCSPA, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elisianegoveia@gmail.com

⁹UFPEL, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciano_bls@hotmail.com

¹⁰Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: grazirad@hotmail.com

RESUMO

A complexidade das necessidades clínicas e a fragmentação dos serviços reforçam a importância da integração entre diferentes áreas da saúde para a oferta de uma assistência integral, contínua e segura. O capítulo objetivou discutir a integração interprofissional na prática clínica e suas relações com a integralidade, a segurança do paciente e a organização do cuidado multiprofissional. Desenvolveu-se uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, associada à análise documental. A busca foi realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Google Acadêmico, com recorte temporal de 2023 a 2025. O corpus foi composto por 11 fontes, incluindo nove artigos científicos e dois documentos da Organização Mundial da Saúde. A análise foi organizada em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional. Os resultados indicaram que a integração efetiva depende de comunicação estruturada, definição de responsabilidades, planejamento terapêutico compartilhado, participação do paciente, continuidade das informações, educação permanente e acompanhamento de indicadores. Também foram identificadas barreiras relacionadas à fragmentação dos registros, às hierarquias profissionais, à sobrecarga, à cultura punitiva e à baixa articulação entre os níveis de atenção. Conclui-se que a colaboração interprofissional fortalece a integralidade e contribui para uma assistência mais segura, desde que sustentada por condições institucionais e práticas permanentes de coordenação. O capítulo oferece subsídios para a medicina geral, a clínica integrada e o cuidado multiprofissional, favorecendo decisões compartilhadas e organização assistencial centrada nas necessidades da pessoa.





Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Segurança do Paciente; Relações Interprofissionais; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The complexity of clinical needs and the fragmentation of health services reinforce the importance of integrating different healthcare fields to provide comprehensive, continuous, and safe care. This chapter aimed to discuss interprofessional integration in clinical practice and its relationship with comprehensive care, patient safety, and the organization of multiprofessional care. A qualitative, descriptive, and analytical narrative review was conducted in association with documentary analysis. The search was performed in August 2026 using PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, SciELO, and Google Scholar, covering publications from 2023 to 2025. The final corpus comprised 11 sources, including nine scientific articles and two documents from the World Health Organization. The analysis was organized into five thematic areas: interprofessional integration and shared decision-making; communication and safety culture; transitions between services; medication safety; and institutional management. The findings indicated that effective integration depends on structured communication, clearly defined responsibilities, shared therapeutic planning, patient participation, continuity of information, continuing education, and indicator monitoring. Barriers included fragmented records, professional hierarchies, work overload, punitive organizational cultures, and limited coordination between levels of care. Interprofessional collaboration strengthens comprehensive care and contributes to safer clinical practice when supported by appropriate institutional conditions and permanent coordination strategies. This chapter contributes to general medicine, integrated clinical practice, and multiprofessional care by supporting shared decisions, continuity of care, and person-centered organization of healthcare services.

Keywords: Patient Care Team; Comprehensive Health Care; Patient Safety; Interprofessional Relations; Continuity of Patient Care.

1 INTRODUÇÃO

A ampliação da complexidade assistencial tem exigido mudanças na forma como os serviços organizam o cuidado, especialmente diante de condições clínicas que demandam acompanhamento contínuo, diferentes especialidades e intervenções simultâneas. Os pacientes com doenças crônicas, limitações funcionais, sofrimento psíquico ou vulnerabilidades sociais apresentam necessidades que dificilmente podem ser atendidas por uma única categoria profissional. A prática clínica precisa considerar a pessoa em sua totalidade, incluindo aspectos biológicos, emocionais, familiares, culturais e socioeconômicos que interferem no processo saúde-doença (World Health Organization, 2024).

A integralidade representa um princípio orientador da assistência e pressupõe articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento. Sua concretização depende da continuidade entre profissionais, setores e níveis de atenção, de modo que as necessidades do paciente sejam reconhecidas durante todo o percurso assistencial. A fragmentação compromete tal princípio quando cada serviço ou categoria





profissional conduz uma parte do tratamento sem comunicação suficiente com os demais responsáveis pelo cuidado (Brown *et al.*, 2024).

A presença de diferentes profissionais em uma instituição não significa, necessariamente, que exista integração. Na atuação multidisciplinar, cada área pode desenvolver suas atividades dentro de seu próprio campo de conhecimento, enquanto a perspectiva interprofissional pressupõe diálogo, compartilhamento de informações, definição conjunta de prioridades e corresponsabilidade pelas decisões clínicas. A distinção torna-se fundamental porque a justaposição de atendimentos pode manter a assistência segmentada, mesmo quando várias categorias participam do tratamento (Jiang *et al.*, 2024).

A segurança do paciente integra a discussão porque os riscos assistenciais não decorrem exclusivamente da conduta individual de um profissional. Problemas relacionados à organização dos fluxos, à circulação das informações, à divisão das responsabilidades, às condições de trabalho e à comunicação institucional também podem favorecer incidentes. A abordagem sistêmica desloca a atenção da culpabilização isolada para a compreensão dos fatores que influenciam os processos clínicos e administrativos (World Health Organization, 2023).

A relevância científica do tema está relacionada à necessidade de compreender os mecanismos por meio dos quais a integração interprofissional se incorpora à prática clínica. A diversidade de conceitos, modelos formativos, contextos assistenciais e instrumentos de avaliação ainda dificulta a delimitação dos componentes essenciais de uma colaboração efetiva. Também permanecem desafios para relacionar competências desenvolvidas em atividades educacionais com mudanças sustentáveis nos processos cotidianos dos serviços (Jiang *et al.*, 2024).

Sob a perspectiva social, a assistência integrada pode favorecer o reconhecimento de necessidades que ultrapassam o diagnóstico médico, incluindo dificuldades de acesso, condições de moradia, alimentação, apoio familiar, compreensão das orientações e possibilidades concretas de continuidade terapêutica. A incorporação de tais dimensões contribui para um cuidado sensível às desigualdades e às particularidades de cada pessoa. A participação do paciente e da família também amplia a possibilidade de construir decisões compatíveis com valores, preferências e condições reais de vida (Chartrand *et al.*, 2023).

A relevância profissional envolve o desenvolvimento de competências colaborativas durante a formação inicial e a educação permanente. Escuta, comunicação clara, negociação, reconhecimento das competências das demais áreas e manejo de divergências são capacidades necessárias para a elaboração compartilhada do plano terapêutico. A formação excessivamente centrada em núcleos profissionais isolados pode dificultar a compreensão das responsabilidades comuns e manter relações hierárquicas incompatíveis com uma assistência centrada no paciente (Webster *et al.*, 2024).

No âmbito institucional, a integração exige condições organizacionais que sustentem o trabalho coletivo. Prontuários acessíveis, fluxos definidos, momentos destinados à discussão dos casos, protocolos construídos com participação multiprofissional e canais seguros para notificação





de incidentes constituem recursos necessários para transformar a colaboração em prática permanente. A gestão precisa articular as necessidades assistenciais com planejamento, monitoramento, educação e melhoria dos processos (Santos *et al.*, 2024).

O tema relaciona-se aos eixos da pesquisa em saúde, assistência, promoção, prevenção, inovação, gestão, educação e integração clínico-assistencial. A pesquisa contribui para compreender práticas e modelos de colaboração; a assistência transforma o conhecimento em decisões compartilhadas; a promoção e a prevenção orientam intervenções antecipadas; a inovação pode facilitar o acesso às informações; a gestão organiza os recursos e os fluxos; e a educação permanente fortalece competências para o trabalho coletivo. A integração entre tais eixos favorece uma compreensão ampliada das necessidades do paciente e da organização dos serviços (World Health Organization, 2024).

Apesar do reconhecimento da importância da colaboração interprofissional, permanece uma lacuna entre os princípios defendidos pelas políticas e sua realização no cotidiano clínico. Reuniões sem planejamento compartilhado, registros desconectados, comunicação informal e indefinição de responsabilidades podem manter a fragmentação sob a aparência de trabalho em equipe. Também existe necessidade de delimitar quais estratégias são viáveis em diferentes contextos, considerando disponibilidade de profissionais, estrutura tecnológica, cultura organizacional e características da população atendida (Moloro *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025).

A elaboração deste capítulo justifica-se pela necessidade de discutir a integração interprofissional como componente da qualidade assistencial, considerando suas dimensões clínicas, educacionais, organizacionais e sociais. A abordagem proposta busca contribuir para a medicina geral, a clínica integrada e o cuidado multiprofissional, oferecendo fundamentos para compreender como diferentes áreas podem construir uma assistência coordenada, contínua e centrada nas necessidades da pessoa.

Objetivo: discutir a integração entre diferentes áreas da saúde na prática clínica e suas relações com a integralidade da assistência, a segurança do paciente e a organização do cuidado multiprofissional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, associada à análise documental. O delineamento foi escolhido por permitir a discussão crítica de publicações com diferentes métodos e contextos assistenciais, incluindo revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo, investigações observacionais, projetos de melhoria da qualidade e documentos institucionais. A revisão foi desenvolvida com o propósito de discutir a integração entre diferentes áreas da saúde na prática clínica e suas relações com a integralidade, a continuidade da assistência e a segurança do paciente.





A busca bibliográfica foi realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico. Foram utilizados descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings, além de termos livres relacionados ao objeto do capítulo.

Na busca em português, foram empregados os descritores “Equipe de Assistência ao Paciente”, “Relações Interprofissionais”, “Comunicação Interdisciplinar”, “Assistência Integral à Saúde”, “Continuidade da Assistência ao Paciente” e “Segurança do Paciente”. A estratégia principal foi estruturada da seguinte forma:

(“Equipe de Assistência ao Paciente” OR “Relações Interprofissionais” OR “Comunicação Interdisciplinar”) AND (“Assistência Integral à Saúde” OR “Continuidade da Assistência ao Paciente” OR “Cuidado Integrado”) AND (“Segurança do Paciente” OR “Segurança Medicamentosa” OR “Transição do Cuidado”).

Para a busca em inglês, foram utilizados os termos “Patient Care Team”, “Interprofessional Relations”, “Interdisciplinary Communication”, “Comprehensive Health Care”, “Continuity of Patient Care”, “Integrated Care”, “Patient Safety”, “Medication Safety” e “Care Transition”. A estratégia correspondente foi:

(“Patient Care Team” OR “Interprofessional Relations” OR “Interdisciplinary Communication”) AND (“Comprehensive Health Care” OR “Continuity of Patient Care” OR “Integrated Care”) AND (“Patient Safety” OR “Medication Safety” OR “Care Transition”).

Foram realizadas combinações complementares para ampliar a recuperação de publicações relacionadas aos principais componentes da integração clínico-assistencial:

- “Interprofessional Education” AND “Patient Safety”;
- “Interprofessional Collaboration” AND “Clinical Practice”;
- “Care Transition” AND “Patient Outcomes”;
- “Medication Reconciliation” AND “Interprofessional Team”;
- “Patient Safety Culture” AND “Healthcare Professionals”;
- “Integrated Care” AND “Continuity of Patient Care”.

O recorte temporal compreendeu publicações divulgadas entre janeiro de 2023 e dezembro de 2025, período correspondente aos três anos completos mais recentes com produção científica consolidada no momento da elaboração do capítulo. Foram aceitas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis integralmente e relacionadas à integração interprofissional, à segurança do paciente, à continuidade assistencial, à comunicação clínica, à transição do cuidado, à segurança medicamentosa ou à gestão de práticas multiprofissionais.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo e documentos institucionais que apresentassem resultados ou recomendações aplicáveis à prática clínica e à organização dos serviços. Também foram priorizadas publicações com descrição da população, do cenário assistencial, das intervenções realizadas e dos respectivos





resultados. Documentos de organismos internacionais foram incluídos quando apresentavam informações atualizadas sobre segurança do paciente e organização sistêmica do cuidado.

Foram excluídas publicações duplicadas, resumos de eventos, editoriais, cartas ao editor, protocolos sem resultados, textos sem acesso integral, materiais sem identificação de autoria ou procedência institucional e publicações que abordavam somente uma categoria profissional sem relação com integração assistencial. Também foram retirados materiais anteriores ao recorte temporal, publicações exclusivamente voltadas à formação acadêmica sem relação com a segurança clínica e textos que apenas mencionavam o trabalho multiprofissional sem descrever processos, barreiras ou resultados.

A seleção ocorreu em três etapas. Na primeira, foram examinados títulos para identificar a correspondência com o objeto do capítulo. Na segunda, realizou-se a leitura dos resumos, considerando objetivo, método, população, contexto e desfechos. Na terceira etapa, os textos potencialmente elegíveis foram lidos integralmente, permitindo a confirmação da aderência temática e a extração das informações.

O corpus final foi constituído por 11 fontes, das quais nove eram artigos científicos revisados por pares e duas correspondiam a documentos da Organização Mundial da Saúde. Entre os artigos selecionados, foram incluídas revisões sistemáticas com metanálise, revisões de escopo, investigação transversal, intervenção de melhoria da qualidade e análise de colaboração interprofissional. A diversidade metodológica foi mantida por possibilitar a abordagem das dimensões clínicas, educacionais, profissionais e institucionais envolvidas na integração das áreas da saúde.

Para organizar a análise, foi elaborado um instrumento de extração contendo autoria, ano, país ou contexto de realização, delineamento, participantes, cenário assistencial, características da intervenção, desfechos avaliados, principais resultados e limitações. Os dados quantitativos foram preservados conforme apresentados nas publicações originais, incluindo número de participantes, medidas de associação, intervalos de confiança, percentuais, valores de significância e indicadores de heterogeneidade.

Após a extração, o material foi submetido à leitura crítica e à síntese temática. As informações foram agrupadas em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional orientada por protocolos e indicadores. A interpretação considerou convergências, diferenças metodológicas, aplicabilidade clínica e limitações para generalização dos resultados.

Por se tratar de revisão narrativa com fontes metodologicamente heterogêneas, não foi realizada nova metanálise nem aplicado instrumento formal de avaliação do risco de viés. Os resultados estatísticos mencionados no capítulo foram extraídos das publicações originais, sem recalcular medidas de efeito. A análise documental complementou a discussão científica mediante informações provenientes de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde, selecionados por atualidade, autoria institucional e relação direta com a segurança do paciente.





3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações de 2023 a 2025 permitiu organizar os resultados em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional orientada por indicadores. Em conjunto, os achados indicam que a simples presença de profissionais de diferentes áreas não caracteriza cuidado integrado. A integralidade exige objetivos assistenciais comuns, responsabilidades definidas, comunicação estruturada, registros compartilhados, participação do paciente e continuidade entre os diferentes pontos da rede de atenção.

A relevância clínica da integração torna-se mais clara diante da dimensão dos danos associados à assistência insegura. Aproximadamente um em cada dez pacientes sofre algum dano durante o cuidado em saúde, e mais de três milhões de mortes são relacionadas anualmente à assistência insegura. Mais de 50% dos danos são potencialmente evitáveis, e cerca da metade da carga evitável está associada ao uso de medicamentos. Na atenção primária e ambulatorial, até quatro em cada dez pacientes podem sofrer danos, dos quais cerca de 80% poderiam ser prevenidos. Os dados demonstram que a segurança depende da organização sistêmica do cuidado, incluindo comunicação, qualificação profissional, participação do paciente, protocolos e mecanismos institucionais de aprendizagem (World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2024).

A integração interprofissional diferencia-se da atuação multiprofissional fragmentada. Na configuração fragmentada, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais realizam intervenções paralelas, frequentemente sem discussão conjunta do plano terapêutico. Na prática interprofissional, as informações são compartilhadas, as metas clínicas são pactuadas e as decisões consideram simultaneamente as necessidades biológicas, funcionais, emocionais e sociais do paciente. A revisão quantitativa conduzida por Webster *et al.* (2024) reuniu 20 publicações, selecionadas entre 15.248 registros, e demonstrou associação entre aprendizagem interprofissional e melhores desfechos clínicos. Na metanálise de mortalidade, foram avaliados 7.166 pacientes submetidos às intervenções interprofissionais e 6.809 participantes sob cuidados convencionais, com redução de 28% no risco de morte. A análise de desfechos adversos, envolvendo 4.789 participantes no grupo de intervenção e 4.129 no grupo de comparação, apontou redução de 23% nos eventos relacionados ao tratamento.

Embora os resultados sejam favoráveis, integração interprofissional não deve ser interpretada como consequência automática da reunião de diferentes categorias profissionais. A qualidade da colaboração depende de liderança clínica, clareza de atribuições, respeito às competências de cada área, tempo protegido para discussão dos casos e mecanismos que permitam resolver divergências. Uma metanálise publicada em 2025, composta por cinco investigações e 1.686 médicos e enfermeiros de três regiões da Etiópia, estimou prevalência de colaboração interprofissional de 52,73%, com intervalo de confiança de 44,66% a 60,79%. A heterogeneidade elevada, correspondente a ($I^2=91,5\%$), indica variações importantes entre instituições e impede a





transferência direta da estimativa para outros sistemas de saúde, mas confirma que a colaboração permanece irregular mesmo em ambientes onde os profissionais atendem a mesma população (Moloro *et al.*, 2025).

A comunicação clínica surgiu como componente transversal da integralidade e da segurança. Passagens de plantão incompletas, prescrições sem revisão compartilhada, registros divergentes, ausência de confirmação da compreensão do paciente e mudanças terapêuticas não comunicadas ampliam o risco de omissões, duplicidade de procedimentos, interações medicamentosas e atrasos no tratamento. Em hospital público de ensino de Minas Gerais, uma investigação transversal com 259 trabalhadores identificou fragilidade em sete das 12 dimensões da cultura de segurança. A dimensão “resposta não punitiva para erros” apresentou somente 26,2% de respostas positivas, enquanto 198 participantes, correspondentes a 76,4% da amostra, informaram não ter realizado nenhuma notificação de incidente nos 12 meses anteriores. Apesar da baixa frequência de notificações, 65,3% classificaram a segurança como boa ou muito boa, revelando possível distância entre a percepção geral e as práticas formais de identificação dos riscos (Silva *et al.*, 2025).

Na mesma investigação, o domínio “feedback e comunicação sobre erros” apresentou correlação positiva com aprendizagem organizacional e melhoria contínua ($R=0,595$; $p<0,01$) e com frequência de notificação de eventos ($R=0,501$; $p<0,01$). Os valores indicam que ambientes com comunicação mais aberta tendem a apresentar maior capacidade de aprender com incidentes e maior utilização dos sistemas de notificação. A cultura punitiva produz efeito contrário: profissionais podem omitir falhas por medo de responsabilização individual, dificultando a identificação de causas relacionadas aos processos, às condições de trabalho e à organização institucional. A segurança requer abordagem justa, na qual condutas intencionais sejam diferenciadas de falhas humanas e problemas sistêmicos (Silva *et al.*, 2025; World Health Organization, 2024).

A educação interprofissional constitui estratégia para preparar equipes capazes de comunicar riscos, dividir responsabilidades e tomar decisões compartilhadas. Uma revisão de escopo de 2024 incluiu 13 investigações quase experimentais sobre intervenções educacionais voltadas à segurança do paciente, com predominância de simulação e atividades presenciais. Os programas apresentaram resultados favoráveis em conhecimentos, atitudes e práticas relatadas; contudo, várias publicações não mensuraram incidentes reais, eventos adversos ou desfechos clínicos. Menos da metade avaliou diretamente o desempenho das equipes, e parte considerável das avaliações utilizou autorrelato ou observação sem seguimento prolongado. A qualificação profissional deve incluir avaliação objetiva de comunicação, adesão aos protocolos, ocorrência de danos, capacidade de coordenação e manutenção das competências no cotidiano assistencial (Jiang *et al.*, 2024).

A simulação interprofissional pode reproduzir situações de deterioração clínica, erro de medicação, parada cardiorrespiratória, comunicação de resultados críticos e transferência entre unidades. Debriefings estruturados permitem analisar tomada de decisão, distribuição de tarefas, comunicação em circuito fechado e reconhecimento dos limites de competência. Entretanto,





atividades educativas isoladas apresentam alcance restrito quando a organização mantém equipes insuficientes, prontuários sem interoperabilidade, hierarquias rígidas e ausência de espaços para discussão clínica. A educação permanente precisa estar vinculada à revisão dos processos, à supervisão, ao acompanhamento de indicadores e à devolutiva dos resultados aos profissionais (Jiang *et al.*, 2024; World Health Organization, 2024).

As transições entre hospital, atenção primária, assistência domiciliar e serviços especializados representam períodos de maior vulnerabilidade. Uma revisão sistemática com metanálise em rede reuniu 126 ensaios clínicos randomizados e 97.408 participantes. Intervenções de baixa complexidade reduziram as readmissões em até 30 dias ((OR=0,78; IC95%=0,66–0,92)), as readmissões em até 180 dias ((OR=0,45; IC95%=0,30–0,66)) e as visitas aos serviços de emergência ((OR=0,68; IC95%=0,48–0,96)). Intervenções de média complexidade apresentaram os melhores resultados para readmissões em 90 dias ((OR=0,64; IC95%=0,45–0,92)), eventos adversos ((OR=0,42; IC95%=0,24–0,75)) e adesão medicamentosa ((DMP=0,49; IC95%=0,30–0,67)) (Tyler *et al.*, 2023).

As intervenções de alta complexidade reduziram o tempo de permanência hospitalar ((DMP=-0,20; IC95%=-0,38 a -0,03)) e aumentaram a satisfação ((DMP=0,52; IC95%=0,22–0,82)), mas não foram as mais efetivas para diminuir readmissões. A comparação sugere que programas excessivamente complexos podem enfrentar dificuldades de implementação, adesão e coordenação. Planos de alta compreensíveis, contato pós-alta, agendamento antecipado do acompanhamento, reconciliação de medicamentos e comunicação direta com a atenção primária formam um conjunto mais factível para muitos serviços. Não foram observadas melhorias consistentes na qualidade de vida, utilização da atenção primária ou consultas ambulatoriais, o que reforça a necessidade de acompanhar desfechos além da readmissão hospitalar (Tyler *et al.*, 2023; Brown *et al.*, 2024).

A participação do paciente e da família também modifica os resultados das transições. Uma revisão sistemática avaliou 10.021 referências e incluiu 50 ensaios clínicos, dos quais 44 integraram a metanálise. As intervenções centradas no paciente e na família reuniram avaliação clínica, manejo de sintomas, reconciliação medicamentosa, planejamento da alta, identificação de riscos, detecção de complicações e apoio emocional. Houve redução de 14% nas readmissões ((IRR=0,86; IC95%=0,75–0,98)), embora não tenha ocorrido redução significativa nas visitas às emergências ((IRR=1,00; IC95%=0,85–1,18)). Programas com maior quantidade de componentes centrados no paciente alcançaram redução mais expressiva das readmissões ((IRR=0,73; IC95%=0,57–0,94)), assim como intervenções com maior número de componentes de transição ((IRR=0,76; IC95%=0,64–0,91)) (Chartrand *et al.*, 2023).

Os dados indicam que o paciente não deve ser tratado como receptor passivo de orientações. A equipe precisa verificar o que a pessoa compreendeu sobre diagnóstico, medicamentos, sinais de alerta, alimentação, limitações funcionais e necessidade de acompanhamento. A técnica de confirmação da compreensão, a entrega de plano escrito em linguagem acessível e a identificação de um profissional ou serviço de referência favorecem continuidade e autonomia. Familiares e cuidadores devem participar conforme a vontade do paciente e as necessidades clínicas,





especialmente em situações de dependência funcional, comprometimento cognitivo, multimorbidade ou uso de múltiplos medicamentos (Chartrand *et al.*, 2023; Brown *et al.*, 2024).

A segurança medicamentosa apresentou benefícios relevantes quando farmacêuticos foram integrados às decisões clínicas. Uma revisão sistemática atualizada incluiu 19 investigações e 15.675 idosos. As intervenções reduziram em 19% a chance de qualquer reação adversa a medicamentos ((OR=0,81; IC95%=0,68–0,96)) e em 32% a ocorrência de reações adversas graves ((OR=0,68; IC95%=0,48–0,96)). Intervenções conduzidas por farmacêuticos reduziram as reações adversas em 35%, enquanto as demais estratégias apresentaram redução de 8%. A diferença reforça a importância da revisão especializada da farmacoterapia, principalmente entre idosos, pessoas com multimorbidade, insuficiência renal ou hepática e usuários de polifarmácia (Gray *et al.*, 2023).

A integração farmacêutica deve abranger a conferência dos medicamentos utilizados antes da admissão, análise de interações e duplicidades, adequação de doses, avaliação da indicação terapêutica e elaboração da lista final para a alta. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos precisam compartilhar informações sobre mudanças no tratamento, enquanto nutricionistas, fonoaudiólogos e outros profissionais devem ser envolvidos quando alimentação, deglutição, forma farmacêutica ou via de administração interferirem no uso seguro. A reconciliação deve incluir orientação ao paciente e comunicação das alterações ao serviço responsável pelo acompanhamento após a alta (Gray *et al.*, 2023; World Health Organization, 2023).

No contexto brasileiro, a implantação de protocolos mediante equipes multiprofissionais e acompanhamento de indicadores produziu mudanças mensuráveis. Um projeto de melhoria desenvolvido em 35 hospitais públicos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, entre julho de 2021 e novembro de 2023, apoiou a implantação de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Foram criados times multiprofissionais, unidades-piloto, ciclos de melhoria e coleta quinzenal de indicadores. Todos os protocolos apresentaram melhora; destacaram-se a redução de 73% na prevalência de quedas e o aumento de 675% na adesão à lista de verificação de cirurgia segura (Santos *et al.*, 2024).

Os resultados brasileiros demonstram que protocolos alcançam maior efetividade quando são acompanhados por educação, liderança local, definição de metas, monitoramento frequente e devolutiva para as equipes. A existência formal de documentos não assegura adesão, pois a mudança depende da adaptação dos fluxos, da participação dos profissionais da assistência e da avaliação contínua dos resultados. Indicadores como quedas, lesões por pressão, erros de identificação, falhas de medicação, adesão à higiene das mãos, utilização da lista de cirurgia segura, readmissões e incidentes nas transições permitem identificar setores prioritários e verificar a sustentabilidade das intervenções (Santos *et al.*, 2024; World Health Organization, 2024).

A discussão também revelou barreiras institucionais recorrentes: comunicação predominantemente informal, registros fragmentados, sobrecarga, rotatividade, indefinição de responsabilidades, conflitos hierárquicos, baixa participação do paciente e cultura punitiva. Tais condições limitam a troca de informações e ampliam o risco de decisões contraditórias. A integração requer governança clínica, dimensionamento adequado, prontuário compartilhado, reuniões interprofissionais, discussão diária de metas, passagem de cuidado estruturada, reconciliação





medicamentosa e canais para comunicação de resultados críticos. Sistemas de notificação precisam ser acessíveis, confidenciais e orientados para aprendizagem, com retorno das análises às equipes (Silva *et al.*, 2025; World Health Organization, 2024).

Em síntese, a integração entre as áreas da saúde apresenta impacto mais consistente quando deixa de ser uma disposição administrativa e passa a orientar o processo clínico. Os melhores resultados foram observados em intervenções que combinaram comunicação estruturada, planejamento compartilhado, participação de pacientes e familiares, revisão de medicamentos, coordenação da alta, educação permanente e avaliação de indicadores. A integração fortalece a integralidade porque permite reconhecer necessidades clínicas, funcionais, psicológicas e sociais; simultaneamente, amplia a segurança por reduzir falhas de comunicação, eventos adversos, reações medicamentosas e readmissões evitáveis. A efetividade depende da articulação entre profissionais, gestores, pacientes, famílias e diferentes serviços da rede de atenção (Webster *et al.*, 2024; Tyler *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permitiu compreender que a integração entre diferentes áreas da saúde constitui uma condição indispensável para a integralidade e a segurança do paciente. A colaboração interprofissional torna-se efetiva quando existe compartilhamento de informações, definição de responsabilidades, construção conjunta do plano terapêutico e participação ativa do paciente e de sua família. A presença de várias categorias profissionais, sem articulação clínica, não supera a fragmentação assistencial.

A integração favorece uma compreensão ampliada das necessidades biológicas, emocionais, funcionais e sociais, permitindo que as decisões sejam compatíveis com a realidade de cada pessoa. Comunicação estruturada, reconciliação medicamentosa, planejamento compartilhado da alta, continuidade entre os níveis de atenção e discussão multiprofissional dos casos constituem estratégias fundamentais para reduzir riscos e evitar interrupções no tratamento.

A segurança também depende das condições institucionais oferecidas para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Prontuários acessíveis, fluxos definidos, dimensionamento adequado das equipes, educação permanente, liderança comprometida e sistemas de notificação orientados para aprendizagem são necessários para sustentar práticas integradas. A responsabilização exclusivamente individual tende a ocultar falhas relacionadas aos processos e limita a construção de uma cultura organizacional aberta à comunicação.

A implementação de protocolos precisa ser acompanhada por metas assistenciais, indicadores, avaliação periódica e participação dos profissionais que atuam diretamente no cuidado. A educação interprofissional deve manter conexão com situações clínicas reais e contemplar comunicação, negociação, tomada de decisão compartilhada, reconhecimento dos riscos e resolução de conflitos. Também se torna necessário incluir pacientes e familiares nas orientações e decisões, respeitando preferências, condições de vida e capacidade de compreensão.





Entre as limitações do capítulo, destacam-se a heterogeneidade metodológica das publicações selecionadas, a diversidade dos contextos assistenciais e a ausência de avaliação formal do risco de viés. Tais características restringem a generalização de determinados achados, mas possibilitam uma compreensão abrangente das dimensões clínicas, educacionais, profissionais e institucionais envolvidas no cuidado integrado.

Conclui-se que a integralidade e a segurança do paciente dependem de uma integração construída de forma contínua entre profissionais, gestores, serviços, pacientes e famílias. Para a medicina geral e a clínica integrada, tal organização contribui para decisões mais coerentes, acompanhamento contínuo e atendimento centrado nas necessidades da pessoa. Recomenda-se que os serviços desenvolvam modelos de colaboração adaptados às suas condições estruturais, acompanhados por indicadores capazes de verificar a qualidade, a continuidade e a segurança da assistência.

REFERÊNCIAS

BROWN, Cara L. *et al.* Interprofessional teams supporting care transitions from hospital to community: a scoping review. **International Journal of Integrated Care**, v. 24, n. 2, art. 1, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.7623>.

CHARTRAND, Julie *et al.* Patient- and family-centred care transition interventions for adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 35, n. 4, mzad102, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad102>.

GRAY, Shelly L. *et al.* Systematic review and meta-analysis of interventions to reduce adverse drug reactions in older adults: an update. **Drugs & Aging**, v. 40, n. 11, p. 965-979, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01064-y>.

JIANG, Yan *et al.* Interprofessional education interventions for healthcare professionals to improve patient safety: a scoping review. **Medical Education Online**, v. 29, n. 1, 2391631, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2391631>.

MOLOORO, Abdulkarim Hassen *et al.* Prevalence of interprofessional collaboration towards patient care and associated factors among nurses and physicians in Ethiopia, 2024: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nursing**, v. 24, art. 210, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02847-x>.

SANTOS, Daniela Cristina dos *et al.* Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, n. esp. 1, e20230312, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230312.pt>.

SILVA, C. F. *et al.* Análise da cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital público de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, n. esp. 1, e20250105, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250105.pt>.





TYLER, Natasha *et al.* Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 11, e2344825, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825>.

WEBSTER, Craig S. *et al.* Interprofessional learning in multidisciplinary healthcare teams is associated with reduced patient mortality: a quantitative systematic review and meta-analysis. **Journal of Patient Safety**, v. 20, n. 1, p. 57-65, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001170>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO, 2024. 388 p. ISBN 978-92-4-009545-8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety. Geneva: WHO, 11 set. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 17 ago. 2026.





II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

Medicina Geral e Clínica Integrada: Ciência, Evidências e Cuidado Humanizado

Volume 1 • 1ª edição • 2027

II Congresso Regional de Medicina Geral e Clínica Integrada (CORMED)

Editora Cognitus



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)