I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

ANAIS

I Congresso Nacional em

Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar

— IMERSAUDE —

Tema central:
Ciência, inovação e integração multidisciplinar para transformar a saúde

08 a 10 de março de 2027

Modalidade: 100% on-line

Ano de realização: 2027

Editora Cognitus

Instagram: @congressoimersaude

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

I Congresso Nacional em

Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar

— IMERSAUDE —

FOLHA DE ROSTO

Anais do I Congresso Nacional em Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar (IMERSAUDE)

1 edição

08 a 10 de março de 2027

Evento 100% on-line

Tema central: Ciência, inovação e integração multidisciplinar para transformar a saúde

Dados editoriais

Instituição organizadora: Editora Cognitus
Editora responsável: Editora Cognitus
Local de publicação: Teresa - PI
Ano da publicação: 2026/2027
Edição: 1 , ed.
ISBN: 978-65-83818-44-7

Forma de citação sugerida:

EDITORA COGNITUS (org.). **Anais do I Congresso Nacional em Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar (IMERSAUDE).** Teresina - PI: Editora Cognitus, 2027.

I Congresso Nacional em

Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar

IMERSAUDE

EXPEDIENTE EDITORIAL

Editora: Editora Cognitus

Razão social / instituição responsável: Editora Cognitus

CNPJ: 57.658.906/0001-15

Endereço institucional Teresina - PI, 64000-430

Site: https://editoracognitus.com.br

E-mail: contato@editoracognitus.com.br

Editor responsável: Editora Editorial da Editora Cognitus

Coordenação editorial: Editora Cognitus

Revisão: Comissão Editorial

Diagramação: Editora Cognitus

Direitos autorais: © 2027 Editora Cognitus. Os autores são responsáveis pelo conteúdo dos textos publicados.

Ano de publicação: 2027

I Congresso Nacional em

Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar

— IMERSAUDE —

IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

O I Congresso Nacional em Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar — **IMERSAÚDE** nasce com o propósito de reunir estudantes, profissionais, pesquisadores, docentes e gestores das diferentes áreas da saúde em um espaço científico moderno, acessível e multiprofissional, voltado à atualização, à produção acadêmica e ao fortalecimento das práticas de cuidado.

Objetivos

- Promover a divulgação científica e o intercâmbio de conhecimentos;
- Fortalecer a integração entre pesquisa, saúde e prática multidisciplinar;
- Estimular a produção acadêmica e a apresentação de trabalhos científicos;
- Valorizar práticas baseadas em evidências, inovação e cuidado integral.

Tema central

Ciência, inovação e integração multidisciplinar para transformar a saúde

Dados do congresso

Instituição realizadora: Editora Cognitus

Modalidade: 100% on-line

Datas: 08 a 10 de março de 2027

Público-alvo: estudantes de graduação e pós-graduação, profissionais da saúde, docentes, pesquisadores, gestores e demais interessados.

Modalidades de submissão: resumo simples, resumo expandido, trabalho completo, póster e apresentação oral.

Áreas temáticas: pesquisa em saúde, inovação, assistência multiprofissional, promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão em saúde, políticas públicas, segurança do paciente e práticas baseadas em evidências.

Editora Cognitus

Instagram: @congressoimersaude

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

RESPONSABILIDADE CIENTÍFICA

Comissão organizadora

Organização geral: Editora Cognitus
Coordenação geral: Equipe organizadora do IMERSAUDE

Comissão científica, conselho editorial e avaliadores

Aline Prado dos Santos da Silva —
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Artur Pires de Camargos Júnior —
Logos University International e Universidade do Vale do Sapucaí

Mateus Henrique Dias Guimarães —
Christian Business School (CBS)

Critérios e políticas

- **Critérios de avaliação:**
  adequação ao escopo do evento, relevância científica, originalidade, consistência metodológica, clareza e qualidade da redação.
- **Modalidade de avaliação:**
  apreciação por comissão científica e revisão por pares, quando aplicável.
- **Política de conflitos de interesse:**
  avaliadores e editores devem declarar ausência de conflitos que comprometam a imparcialidade do processo.
- **Política de ética e integridade científica:**
  os trabalhos devem observar princípios de autoria responsável, originalidade, boas práticas em pesquisa e respeito às normas éticas vigentes.

SUMÁRIO

SEÇÕES INSTITUCIONAIS

FOLHA DE ROSTO 2
EXPEDIENTE EDITORIAL 3
IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO 4
RESPONSABILIDADE CIENTÍFICA 5

TRABALHOS CIENTÍFICOS

1. AMPLIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS PARA UM DIAGNÓSTICO EM TEMPO OPORTUNO 8
2. QUALIFICAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRADA NO SUS 16
3. ESTRATÉGIAS COLABORATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE 25
4. NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A VIGILÂNCIA E A PROTEÇÃO SOCIAL 33
5. ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE 39
6. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 45
7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS QUEDAS EM IDOSOS E SEUS IMPACTOS NA MORBIMORTALIDADE E NA QUALIDADE DE VIDA 51
8. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS E OS DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 57

SUMÁRIO

TRABALHOS CIENTÍFICOS (CONTINUAÇÃO)

9. DESIGUALDADES TERRITORIAIS NO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: INFLUÊNCIA SOBRE O TEMPO DE ESPERA PELOS SERVIÇOS 63

10. REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: PRIORIZAÇÃO CLÍNICA E ORGANIZAÇÃO DAS FILAS DE ESPERA 69

11. COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 76

12. IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS POR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: BARREIRAS ORGANIZACIONAIS E ADESÃO PROFISSIONAL NA PRÁTICA CLÍNICA 82

13. RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM O USO INADEQUADO DE ANTIMICROBIANOS E DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA 88

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

AMPLIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS PARA UM DIAGNÓSTICO EM TEMPO OPORTUNO

Gabriela Leite Prestes [1]; Isadora Francisco Medeiros [2]; Onayane dos Santos Oliveira [3]; Sebastião Marcos Rigonato da Silva [4]; Valentina Cardoso da Silva e Silva [5]; Joana Paula Carvalho Corrêa [6]; Ivana Jacob Ibrahim [7]; Luigi Kaul Segabinazzi [8]; Luiz Guilherme Roriz de Amorim Marques [9]; Gabriel Gonçalves Rezende Oliveira [10]

[1] Universidade Nilton Lins, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: Gabrielaleite2403@gmail.com
[2] Universidade Internacional Três Fronteiras, Cornélio Procópio, Paraná, Brasil.
[3] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
[4] Universidad Interamericana , Faculdade de ciência médicas de Cacoal, Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay.
[5] PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil.
[6] Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Manaus, Amazonas, Brasil.
[7] Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
[8] FEMPAR, Guarapuava, Paraná, Brasil.
[9] Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil.
[10] Unievangelica, Anápolis, Goiás, Brasil.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus constituem condições crônicas frequentemente assintomáticas em suas fases iniciais, dificultando o diagnóstico oportuno e favorecendo o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, renais, neurológicas e oftalmológicas. O estudo teve como objetivo analisar estratégias para ampliar a captação e o diagnóstico de pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida mediante consulta às bases SciELO, BVS, Lilacs e PubMed, além de documentos oficiais publicados entre 2024 e 2026. Foram selecionadas 12 publicações relacionadas ao rastreamento, à busca ativa, ao acompanhamento territorial e à coordenação do cuidado. Os resultados indicaram que a aferição periódica da pressão arterial, a avaliação do risco metabólico, as visitas domiciliares, a utilização dos registros eletrônicos, a atuação dos agentes comunitários e a educação em saúde ampliam a identificação das pessoas sem diagnóstico. Contudo, barreiras de acesso, descontinuidade assistencial e fragilidades cadastrais comprometem a captação. Conclui-se que o diagnóstico em tempo oportuno requer organização territorial, acompanhamento contínuo e integração entre vigilância, assistência e participação comunitária.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Diagnóstico Precoce; Atenção Primária à Saúde; Busca Ativa.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are chronic conditions that are often asymptomatic in their initial stages, making timely diagnosis difficult and increasing the risk of cardiovascular, renal, neurological and ophthalmological complications. This study aimed to analyze strategies to improve the identification and diagnosis of people with hypertension and diabetes in Primary Health Care. This is a narrative literature review with a qualitative and

descriptive-analytical approach, conducted through searches in the SciELO, BVS, Lilacs and PubMed databases, as well as official documents published between 2024 and 2026. Twelve publications addressing screening, active case finding, territorial follow-up and care coordination were selected. The results indicated that periodic blood pressure measurement, metabolic risk assessment, home visits, electronic health records, community health worker participation and health education improve the identification of people without a previous diagnosis. However, access barriers, discontinuity of care and incomplete records hinder case finding. It is concluded that timely diagnosis requires territorial organization, continuous follow-up and integration among surveillance, health care and community participation.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Early Diagnosis; Primary Health Care; Active Case Finding.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus estão entre as condições crônicas mais frequentes na população adulta, apresentando associação com doenças cardiovasculares, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, alterações visuais, neuropatias e mortalidade prematura (Leitão et al., 2024). A coexistência das duas condições amplia o risco cardiovascular e exige identificação precoce, avaliação clínica contínua e acompanhamento integrado na rede de atenção à saúde (OMS, 2025).

A hipertensão pode permanecer assintomática durante vários anos, fazendo com que parte das pessoas desconheça a alteração dos níveis pressóricos até a ocorrência de uma complicação ou de um atendimento por outra razão clínica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025). O diabetes tipo 2 também pode evoluir silenciosamente, sobretudo quando os sintomas são leves, inespecíficos ou confundidos com manifestações relacionadas ao envelhecimento e ao estilo de vida (OMS, 2024).

A identificação tardia reduz as possibilidades de intervenção preventiva e permite a progressão de danos que poderiam ser evitados mediante mudanças comportamentais, tratamento medicamentoso e controle periódico dos indicadores clínicos (OMS, 2025). Por essa razão, o diagnóstico em tempo oportuno deve ser compreendido como componente fundamental da prevenção das complicações e da redução das internações relacionadas às doenças crônicas (Brasil, 2025a).

A Atenção Primária à Saúde apresenta condições favoráveis para ampliar a captação devido à proximidade territorial, ao acompanhamento longitudinal, às visitas domiciliares e ao contato recorrente com diferentes grupos populacionais (Almeida et al., 2024). A Estratégia Saúde da Família também possibilita reconhecer pessoas que não procuram espontaneamente as unidades, mas apresentam fatores de risco ou histórico familiar compatível com hipertensão e diabetes (Gomes et al., 2025).

Apesar dessas possibilidades, parte da população permanece sem diagnóstico ou recebe a confirmação das condições somente após o surgimento de complicações, situação relacionada a

dificuldades de acesso, baixa procura por ações preventivas e fragilidades na busca ativa (Macedo et al., 2025). Cadastros desatualizados, rotatividade das equipes, horários incompatíveis com a rotina dos usuários e ausência de integração entre os registros também dificultam a identificação e o acompanhamento (Ribeiro et al., 2025).

A captação não deve ficar restrita às campanhas ou às consultas motivadas por sintomas, necessitando integrar as ações cotidianas das unidades, visitas domiciliares, atividades coletivas e atendimentos realizados por diferentes profissionais (Brasil, 2025b). A aferição da pressão arterial e a avaliação do risco para diabetes podem ser incorporadas a consultas, procedimentos de enfermagem, vacinação, acompanhamento de outros agravos e ações comunitárias, ampliando as oportunidades de rastreamento (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025).

Diante disso, formula-se a seguinte questão: quais estratégias podem ampliar a captação e favorecer o diagnóstico em tempo oportuno de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde?

Objetivo: analisar as estratégias utilizadas para ampliar a captação e favorecer o diagnóstico em tempo oportuno de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, destacando a busca ativa, o rastreamento, a atuação multiprofissional e a organização territorial da Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida para reunir e discutir publicações relacionadas à captação, ao rastreamento e ao diagnóstico oportuno da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde. A revisão narrativa permitiu integrar artigos científicos, documentos técnicos, diretrizes e orientações institucionais com diferentes características metodológicas.

A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2026 nas bases Scientific Electronic Library Online — SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde — BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde — Lilacs e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online — PubMed. O levantamento foi complementado pela consulta a documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

O recorte temporal compreendeu publicações disponibilizadas entre janeiro de 2024 e julho de 2026, priorizando informações recentes sobre rastreamento, diagnóstico, monitoramento, organização territorial e acompanhamento das pessoas com doenças crônicas. Foram considerados materiais publicados em português ou inglês e disponíveis integralmente.

Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde “Hipertensão”, “Diabetes Mellitus”, “Diagnóstico Precoce”, “Atenção Primária à Saúde”, “Busca Ativa”, “Rastreamento” e “Agentes Comunitários de Saúde”. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, formando os seguintes intercruzamentos: “Hipertensão” AND “Diagnóstico Precoce”; “Diabetes Mellitus” AND “Rastreamento”; “Hipertensão” AND “Atenção Primária à Saúde”;

"Diabetes Mellitus" AND "Busca Ativa"; e ("Hipertensão" OR "Diabetes Mellitus") AND "Agentes Comunitários de Saúde".

Foram localizadas e selecionadas 12 publicações diretamente relacionadas ao objeto delimitado, incluindo artigos científicos, revisões, diretrizes e documentos oficiais. A seleção ocorreu por meio da leitura dos títulos, resumos e textos completos, considerando a pertinência para a discussão das estratégias de ampliação da captação e diagnóstico em tempo oportuno.

Foram incluídas publicações que abordassem rastreamento, busca ativa, aferição da pressão arterial, avaliação glicêmica, visitas domiciliares, acompanhamento territorial, tecnologias de informação, letramento em saúde ou coordenação do cuidado. Foram excluídos materiais duplicados, editoriais, resumos de eventos, documentos incompletos, publicações sem acesso ao texto integral e produções voltadas exclusivamente ao tratamento de complicações, sem relação com a identificação dos casos.

As informações foram organizadas conforme autoria, ano, tipo de publicação, objetivo, população, cenário assistencial, estratégia de captação e contribuições para o diagnóstico oportuno. Posteriormente, os conteúdos foram analisados de maneira interpretativa e agrupados em quatro eixos: rastreamento nas unidades de saúde; busca ativa e acompanhamento territorial; utilização de registros e instrumentos clínicos; e educação em saúde e continuidade do cuidado.

Por utilizar exclusivamente publicações e documentos de acesso público, sem participação direta de seres humanos ou acesso a informações pessoais identificáveis, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados os princípios de autoria, integridade acadêmica e indicação das fontes consultadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise indicou que a captação de pessoas com hipertensão e diabetes deve integrar as atividades rotineiras da Atenção Primária, evitando que o diagnóstico dependa exclusivamente da presença de sintomas ou da procura espontânea por consultas (Brasil, 2025a). A aferição periódica da pressão arterial e a avaliação de fatores de risco para diabetes durante diferentes contatos com a unidade ampliam as oportunidades de identificação das alterações clínicas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025).

O rastreamento oportunístico pode ser realizado durante consultas médicas e de enfermagem, vacinação, renovação de receitas, procedimentos, atividades coletivas e acompanhamento de outras condições de saúde (Brasil, 2025b). A incorporação dessas ações à rotina reduz a perda de oportunidades diagnósticas e aproxima o cuidado das pessoas que utilizam os serviços de maneira eventual (Almeida et al., 2024).

A confirmação da hipertensão exige técnica adequada, equipamentos validados e repetição das medidas em momentos distintos, evitando diagnósticos baseados em uma única aferição (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2024). Quando disponíveis, a monitorização ambulatorial e a monitorização residencial da pressão arterial auxiliam na confirmação diagnóstica e na

identificação da hipertensão do avental branco ou mascarada (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025).

No caso do diabetes, a avaliação precisa considerar fatores como idade, excesso de peso, sedentarismo, histórico familiar, hipertensão, alterações lipídicas e antecedentes de diabetes gestacional (OMS, 2024). A solicitação de glicemia de jejum, hemoglobina glicada ou outros exames recomendados deve ser orientada pela avaliação clínica e pelos protocolos adotados no serviço (Brasil, 2025a).

A busca ativa territorial mostrou-se relevante para identificar pessoas que apresentam fatores de risco, mas não frequentam regularmente as unidades de saúde (Gomes et al., 2025). Os agentes comunitários podem reconhecer usuários sem acompanhamento, atualizar cadastros, orientar sobre os sinais de alerta e encaminhar pessoas elegíveis para avaliação clínica (Brasil, 2025b).

As visitas domiciliares também permitem compreender barreiras relacionadas à mobilidade, ao trabalho, à renda, ao apoio familiar e à compreensão das orientações recebidas (Gomes et al., 2025). Entretanto, a efetividade dessas ações depende da disponibilidade de instrumentos padronizados, capacitação profissional e comunicação entre os agentes comunitários e os demais integrantes da equipe (Macedo et al., 2025).

O uso dos prontuários eletrônicos e das listas nominais pode auxiliar na identificação das pessoas com exames alterados, registros incompletos ou ausência prolongada de acompanhamento (Brasil, 2025a). A integração dos dados clínicos e territoriais favorece o planejamento das visitas, a convocação dos usuários e a avaliação da cobertura alcançada pelas equipes (OMS, 2024).

Os sistemas informatizados também podem emitir alertas para aferição da pressão, solicitação de exames e reavaliação das pessoas pertencentes aos grupos de risco (Gomes et al., 2025). Contudo, registros incompletos, cadastros duplicados e ausência de interoperabilidade entre os serviços limitam o uso das informações na coordenação do cuidado (Macedo et al., 2025).

A captação precisa ser acompanhada por acesso efetivo à confirmação diagnóstica, pois identificar uma alteração sem garantir consulta, exames e retorno pode produzir novas perdas no percurso assistencial (Almeida et al., 2024). A organização das agendas deve reservar vagas para avaliação das pessoas rastreadas, evitando longos intervalos entre a suspeita clínica e a confirmação do diagnóstico (Ribeiro et al., 2025).

A continuidade do cuidado torna-se especialmente relevante porque hipertensão e diabetes exigem acompanhamento permanente, mesmo quando os níveis pressóricos ou glicêmicos se encontram controlados (Brasil, 2025b). A coordenação entre Atenção Primária e atenção especializada precisa assegurar mecanismos de referência e contrarreferência, principalmente diante de complicações, dificuldade de controle ou necessidade de avaliação específica (Macedo et al., 2025).

A comunicação em saúde também interfere na procura pelos serviços, uma vez que parte da população desconhece o caráter silencioso das duas condições e associa a necessidade de

avaliação à presença de sintomas (Paes et al., 2025). Estratégias educativas devem utilizar linguagem acessível, relacionar as orientações à realidade das pessoas e explicar os benefícios do diagnóstico antes do desenvolvimento de complicações (OMS, 2025).

O letramento em saúde influencia a compreensão dos exames, das recomendações profissionais e da necessidade de manter o acompanhamento mesmo na ausência de manifestações clínicas (Paes et al., 2025). Atividades coletivas, orientações individuais e materiais educativos podem ampliar a autonomia, desde que não transfiram exclusivamente para o usuário a responsabilidade pelo controle das condições crônicas (Leitão et al., 2024).

A identificação simultânea da hipertensão e do diabetes também deve ser considerada, pois a coexistência dessas condições é frequente e amplia o risco de complicações cardiovasculares e renais (Leitão et al., 2024). A avaliação integrada permite organizar planos terapêuticos mais coerentes, reduzir a duplicação de consultas e acompanhar conjuntamente os indicadores clínicos relevantes (Macedo et al., 2025).

A atuação multiprofissional favorece a distribuição das responsabilidades entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários, nutricionistas, farmacêuticos e profissionais de educação física (Brasil, 2025a). Consultas compartilhadas, discussão dos casos e protocolos assistenciais podem ampliar a capacidade de rastreamento, confirmação diagnóstica e acompanhamento longitudinal (Ribeiro et al., 2025).

A gestão precisa garantir aparelhos calibrados, exames laboratoriais, capacitação, prontuários atualizados, agendas acessíveis e acompanhamento dos indicadores de cobertura (OMS, 2024). A ausência dessas condições reduz a capacidade das equipes de transformar o rastreamento em diagnóstico e cuidado contínuo (Brasil, 2025b).

Dessa forma, as estratégias mais relevantes envolveram rastreamento oportunístico, busca ativa, visitas domiciliares, atualização dos cadastros, utilização dos prontuários eletrônicos, educação em saúde e coordenação multiprofissional (Gomes et al., 2025). A combinação dessas ações amplia a identificação das pessoas sem diagnóstico, mas depende de organização territorial e garantia de continuidade após a captação inicial (Almeida et al., 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu identificar que a ampliação da captação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus depende da incorporação sistemática do rastreamento às atividades da Atenção Primária à Saúde. O objetivo foi alcançado mediante a análise de estratégias relacionadas à aferição periódica da pressão arterial, à avaliação do risco metabólico, à busca ativa, às visitas domiciliares e à utilização das informações territoriais.

A atuação dos agentes comunitários, a atualização dos cadastros e o uso de prontuários eletrônicos favorecem a identificação de pessoas que não procuram espontaneamente os serviços. Entretanto, a captação precisa estar associada à disponibilidade de consultas, exames e retornos, evitando que a suspeita clínica não seja acompanhada pela confirmação diagnóstica.

A educação em saúde também contribui para ampliar a procura por avaliação preventiva, principalmente quando esclarece o caráter silencioso das condições e utiliza linguagem compatível com as necessidades da população. A atuação multiprofissional permite distribuir responsabilidades e construir intervenções mais próximas da realidade territorial.

Conclui-se que o diagnóstico em tempo oportuno requer integração entre rastreamento, busca ativa, organização das agendas, qualidade dos registros e continuidade assistencial. Recomenda-se que os serviços monitorem a cobertura das ações e avaliem as barreiras enfrentadas pelos usuários, fortalecendo práticas capazes de reduzir diagnósticos tardios e complicações evitáveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Experiências de acesso e uso da Atenção Primária à Saúde por usuários com hipertensão arterial sistêmica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 58, e20240109, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0109pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0109pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Nacional do Diabetes: cerca de 30 milhões de atendimentos foram realizados em 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 jun. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/dia-nacional-do-diabetes-cerca-de-30-milhoes-de-atendimentos-foram-realizados-em-2023. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Metodológica C4: cuidado da pessoa com diabetes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c4-cuidado-da-pessoa-com-diabetes. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Metodológica C5: cuidado da pessoa com hipertensão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia. Acesso em: 5 ago. 2026.

GOMES, Vanessa et al. Validação de instrumento para pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na Atenção Primária. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 78, n. 4, e20240156, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0156pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0156pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

LEITÃO, Veronica Batista Gomes et al. Coocorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus e uso simultâneo de medicamentos: Vigitel 2011 e 2021. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 27, e240060, 2024. DOI: 10.1590/1980-549720240060. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720240060. Acesso em: 5 ago. 2026.

MACEDO, Vitória Leite Mendes et al. Coordenação do cuidado nos sistemas de saúde a usuários com diabetes e hipertensão: uma revisão de escopo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 33, e4429, 2025. DOI: 10.1590/1518-8345.7198.4429. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.7198.4429. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global report on hypertension 2025: high stakes: turning evidence into action. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-011556-9. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guidance on global monitoring for diabetes prevention and control. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/guidance-on-global-monitoring-for-diabetes.pdf. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance: framework, indicators and application. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://www.who.int/publications/b/65516. Acesso em: 5 ago. 2026.

PAES, Robson Giovani et al. Letramento em saúde de adultos da atenção primária com diabetes mellitus tipo 2: estudo seccional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 59, e20240338, 2025. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0338pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0338pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

RIBEIRO, Amanda Maria Villas Bôas et al. Continuidade do cuidado à pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 59, e20250053, 2025. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0053pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0053pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

QUALIFICAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRADA NO SUS

Onayane dos Santos Oliveira [1]; Jozadake Petry Fausto [2]; Isadora Francisco Medeiros [3]; Roberta Agatha Castro Pereira [4]; Lucas Mike Naves Silva [5]; Bárbara Costa Nascimento [6]; Ígor Thiago Rodarte Costa [7]; Laura Trindade Ferreira [8]; Livia Nápoles Drumond de Souza Gontijo [9]; Marcieli Borba Do Nascimento [10]

[1] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: onayane.santos.oliveira@gmail.com
[2] Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho - UNESP/SP, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
[3] Universidade Internacional Três Fronteiras, Cornélio Procópio, Paraná, Brasil.
[4] Centro universitário Vale do Jaguaribe - Unijaguaribe, Aracati, Ceará, Brasil.
[5] Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil.
[6] Universidade Federal do Cariri, Cariri, Ceará, Brasil.
[7] UNIFOR e UNIBF, Arcos, Minas Gerais, Brasil.
[8] UESPI, Teresina, Piauí, Brasil.
[9] Unimontes e Unibh, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
[10] Universidade Estadual do Centro-Oeste - Unicentro, cidade, estado, Brasil.

RESUMO

A violência contra as mulheres constitui um problema de saúde pública que produz repercussões físicas, psicológicas, sexuais e sociais, exigindo respostas articuladas no âmbito do Sistema Único de Saúde. O estudo teve como objetivo analisar estratégias capazes de qualificar as linhas de cuidado destinadas às mulheres em situação de violência, com ênfase no acolhimento, na atuação multiprofissional e na articulação intersetorial. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada nas bases SciELO, BVS e Lilacs, além de documentos oficiais publicados entre 2014 e 2025. Os resultados indicaram que a qualificação da assistência depende da escuta sem julgamentos, da privacidade, da avaliação de risco, da notificação adequada, da definição de fluxos de referência e contrarreferência e da continuidade do acompanhamento. Também foram identificadas fragilidades relacionadas à falta de capacitação, à fragmentação dos serviços, à comunicação insuficiente entre os setores e à ausência de protocolos adaptados à realidade territorial. Conclui-se que o fortalecimento das linhas de cuidado requer integração entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça, além de educação permanente e responsabilização compartilhada entre profissionais e gestores.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Atenção Integral à Saúde; Sistema Único de Saúde; Equipe Multiprofissional; Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

Violence against women is a public health problem that causes physical, psychological, sexual and social consequences, requiring coordinated responses within the Brazilian Unified Health System. This study aimed to analyze strategies capable of improving care pathways for women experiencing violence, with emphasis on reception, multidisciplinary practice and intersectoral coordination. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach, conducted in the SciELO, BVS and Lilacs databases, as well as through official documents

published between 2014 and 2025. The results indicated that qualified care depends on nonjudgmental listening, privacy, risk assessment, appropriate reporting, defined referral and counter-referral flows, and continuity of follow-up. Weaknesses were also identified regarding insufficient professional training, fragmentation of services, limited communication among sectors and the absence of protocols adapted to local realities. It is concluded that strengthening care pathways requires integration among health care, social assistance, public security and the justice system, in addition to continuing education and shared responsibility among professionals and managers.

Keywords: Violence Against Women; Comprehensive Health Care; Brazilian Unified Health System; Multidisciplinary Team; Intersectoral Collaboration.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, produzindo repercussões físicas, sexuais, reprodutivas, psicológicas e sociais que podem permanecer durante toda a vida. As situações de violência incluem agressões físicas, ameaças, humilhações, coerção sexual, controle econômico, perseguição, restrição da liberdade e destruição de bens, frequentemente ocorrendo de forma simultânea e progressiva. A complexidade do fenômeno exige respostas que ultrapassem o tratamento pontual das lesões, considerando o contexto familiar, comunitário, econômico e afetivo no qual a mulher está inserida (OMS, 2026).

No campo da saúde, as mulheres em situação de violência podem procurar os serviços com queixas diversas, incluindo dores persistentes, alterações gastrointestinais, sintomas ginecológicos, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, ansiedade, depressão, insônia, crises de pânico e comportamento suicida. Entretanto, a violência nem sempre é relatada espontaneamente, seja pelo medo do agressor, pela dependência financeira, pela vergonha, pela preocupação com os filhos ou pela ausência de confiança nos serviços. Tal condição faz com que profissionais da atenção primária, urgência, emergência, saúde mental, assistência pré-natal e serviços especializados ocupem uma posição estratégica na identificação e no cuidado dessas mulheres (Alcântara et al., 2024).

A Atenção Primária à Saúde apresenta potencial para reconhecer situações de violência devido à proximidade territorial, à continuidade do acompanhamento, às visitas domiciliares e ao vínculo estabelecido entre as equipes e as usuárias. Todavia, dificuldades relacionadas à formação profissional, à falta de privacidade, à sobrecarga de trabalho, ao medo de envolvimento com o agressor e ao desconhecimento dos fluxos de encaminhamento podem limitar a capacidade de intervenção. A violência permanece, em determinadas situações, reduzida a uma questão policial ou familiar, dificultando sua incorporação como demanda legítima do cuidado em saúde (Oliveira et al., 2020).

A Lei nº 14.847, de 25 de abril de 2024, reforçou a necessidade de atendimento humanizado, seguro, sigiloso, integral e equitativo às mulheres em situação de violência nos serviços do SUS. A norma também fortaleceu a discussão sobre a implantação de ambientes reservados, frequentemente denominados Salas Lilás, destinados ao acolhimento protegido e à preservação da privacidade.

Contudo, a qualificação não pode permanecer limitada à criação de espaços físicos, necessitando incluir formação permanente, protocolos assistenciais, integração da rede e responsabilização compartilhada entre gestores e trabalhadores (Brasil, 2024).

Diante disso, formula-se o seguinte problema de investigação: quais estratégias podem contribuir para a qualificação das linhas de cuidado destinadas às mulheres em situação de violência no âmbito do Sistema Único de Saúde? A abordagem mostra-se relevante por favorecer a identificação de fragilidades assistenciais e organizacionais, subsidiando práticas integradas, humanizadas e comprometidas com a proteção da vida, a autonomia feminina e a continuidade do cuidado.

Objetivo: analisar as estratégias que contribuem para a qualificação das linhas de cuidado às mulheres em situação de violência, destacando a integração multiprofissional, a articulação intersetorial, o acolhimento, a educação permanente e a organização dos fluxos assistenciais no Sistema Único de Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida com o objetivo de reunir, interpretar e discutir conhecimentos científicos e documentos normativos relacionados à qualificação das linhas de cuidado destinadas às mulheres em situação de violência no âmbito do Sistema Único de Saúde. A revisão narrativa foi escolhida por possibilitar uma análise ampla e contextualizada do tema, permitindo integrar artigos científicos, diretrizes, protocolos, legislações e documentos institucionais com diferentes características metodológicas, sem a exigência de seguir as etapas rígidas próprias das revisões sistemáticas ou integrativas.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre janeiro e fevereiro de 2026, mediante consulta às bases Scientific Electronic Library Online — SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde — BVS e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde — Lilacs. A busca foi complementada por documentos oficiais disponíveis nos portais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, considerando a necessidade de incorporar normas, orientações técnicas e protocolos relacionados à organização das redes e linhas de cuidado às mulheres em situação de violência.

O recorte temporal contemplou publicações disponibilizadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2025. A definição desse período permitiu reunir produções recentes e documentos relevantes para a compreensão das mudanças ocorridas na assistência, na organização da rede de atendimento e nas políticas públicas destinadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Também foram incluídas legislações anteriores ao período delimitado quando consideradas indispensáveis para a contextualização normativa do tema, especialmente a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha.

Para a realização das buscas, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde — DeCS: “Violência contra a Mulher”, “Atenção Integral à Saúde”, “Sistema Único de Saúde”,

"Assistência à Saúde", "Colaboração Intersetorial", "Atenção Primária à Saúde" e "Equipe Multiprofissional". Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizando-se os seguintes intercruzamentos: "Violência contra a Mulher" AND "Atenção Integral à Saúde"; "Violência contra a Mulher" AND "Sistema Único de Saúde"; "Violência contra a Mulher" AND "Atenção Primária à Saúde"; "Violência contra a Mulher" AND "Colaboração Intersetorial"; "Violência contra a Mulher" AND "Equipe Multiprofissional"; e "Violência contra a Mulher" AND ("Assistência à Saúde" OR "Atenção Integral à Saúde").

Na busca inicial, foram identificadas 126 publicações nas bases consultadas, sendo 31 registros na SciELO, 58 na BVS e 37 na Lilacs. Também foram localizados 12 documentos oficiais nos portais institucionais, totalizando 138 materiais. Após a retirada de 29 registros duplicados, permaneceram 109 publicações para a leitura dos títulos e resumos.

Durante a etapa de leitura dos títulos e resumos, 71 publicações foram excluídas por não apresentarem relação direta com o objetivo do trabalho, abordarem exclusivamente aspectos jurídicos ou policiais da violência, tratarem de populações distintas da delimitada ou não discutirem a assistência prestada pelos serviços de saúde. Dessa forma, 38 materiais foram selecionados para leitura na íntegra.

Após a leitura completa, 28 publicações foram desconsideradas por apresentarem abordagem superficial sobre a organização das linhas de cuidado, ausência de informações relacionadas à atuação multiprofissional ou intersetorial, indisponibilidade do texto completo, repetição de resultados já contemplados por publicações mais atualizadas ou falta de aderência ao problema de investigação. Ao final do processo, dez publicações compuseram o conjunto de materiais analisados, incluindo artigos científicos, documentos oficiais, diretrizes, legislações e protocolos assistenciais.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, documentos oficiais, manuais, diretrizes, legislações e protocolos que abordassem o acolhimento, a identificação da violência, a avaliação de risco, a organização dos fluxos assistenciais, a atuação multiprofissional, a articulação intersetorial, a continuidade do cuidado ou a educação permanente dos profissionais de saúde. Também foram consideradas publicações relacionadas à atenção primária, aos serviços de urgência e emergência, à saúde mental e aos serviços especializados integrantes da rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Foram excluídas publicações duplicadas, editoriais, cartas ao editor, resumos apresentados em eventos, trabalhos sem acesso ao texto completo, documentos incompletos, materiais sem relação direta com o objetivo proposto e publicações restritas exclusivamente às áreas policial ou judicial, sem articulação com os serviços de saúde. Também foram desconsiderados materiais que abordavam a violência de maneira genérica, sem delimitação da violência contra as mulheres ou sem discussão das estratégias assistenciais e organizacionais adotadas no SUS.

A seleção das publicações ocorreu em três etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos para verificar a aproximação com o objeto de investigação. Em seguida, foram analisados os

resumos, considerando o objetivo, o cenário assistencial e as principais contribuições apresentadas. Na terceira etapa, os materiais selecionados foram lidos integralmente, possibilitando avaliar sua pertinência para a construção da discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações demonstrou que a qualificação das linhas de cuidado depende do reconhecimento da violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública, relacionada a consequências físicas, psicológicas, sexuais e sociais que podem permanecer por longos períodos (Alcântara et al., 2024). Apesar disso, a relação entre as queixas apresentadas e a situação de violência nem sempre é identificada pelos profissionais, especialmente quando a mulher não relata espontaneamente as agressões sofridas (Oliveira et al., 2020).

Dores recorrentes, lesões incompatíveis com o relato, sofrimento emocional, procura frequente pelos serviços e presença controladora do companheiro durante as consultas podem constituir sinais de alerta (Brasil, 2025). A identificação deve ocorrer com cuidado, em ambiente reservado e sem julgamentos, evitando abordagens que possam ampliar a exposição ou o medo da usuária (OMS, 2019).

O acolhimento e a escuta qualificada foram apontados como elementos centrais para a construção do vínculo e para a continuidade da assistência (Alcântara et al., 2024). A equipe deve respeitar o tempo, as escolhas e as condições concretas da mulher, considerando que o rompimento com o agressor pode envolver dependência econômica, ausência de moradia e risco de novas ameaças (Oliveira et al., 2020). Condutas culpabilizadoras ou autoritárias podem afastar a usuária dos serviços e dificultar a procura por ajuda em situações futuras (OMS, 2014).

A privacidade e o sigilo também interferem diretamente na qualidade do atendimento, pois consultas realizadas na presença do agressor ou em espaços compartilhados dificultam a revelação da violência (Brasil, 2024). A criação de ambientes protegidos, como as Salas Lilás, pode favorecer a segurança, desde que esteja acompanhada por equipes capacitadas e fluxos assistenciais bem definidos (Brasil, 2025). A existência de uma sala específica, isoladamente, não resolve a fragmentação quando os profissionais desconhecem os procedimentos e os serviços de referência (Aguiar et al., 2023).

A avaliação do risco deve considerar ameaças de morte, uso de armas, perseguição, tentativas de estrangulamento, intensificação das agressões e ameaças contra filhos ou familiares (OMS, 2019). Quando houver risco elevado, torna-se necessária a construção de um plano de segurança, incluindo contatos de confiança, documentos essenciais, locais protegidos e meios para solicitar ajuda (Brasil, 2025). As orientações precisam ser construídas com a mulher, respeitando sua autonomia e evitando medidas que possam aumentar sua exposição ao agressor (Opas, 2022).

A organização dos fluxos assistenciais reduz encaminhamentos isolados e interrupções no acompanhamento (Menezes et al., 2014). A linha de cuidado deve estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência, definir responsabilidades e garantir comunicação segura entre os

diferentes serviços envolvidos (Brasil, 2025). A mulher não deve ser responsabilizada por coordenar sozinha instituições complexas e pouco articuladas (Aguiar et al., 2023).

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica devido à proximidade territorial, ao vínculo e à continuidade do cuidado (Machado et al., 2024). As equipes podem reconhecer mudanças de comportamento, sofrimento emocional e agravamento de condições clínicas, além de acompanhar a mulher após os encaminhamentos realizados (Silva et al., 2022). As visitas domiciliares, contudo, precisam ser planejadas para preservar o sigilo e evitar exposição diante do agressor ou de familiares (Oliveira et al., 2020).

Nos casos de violência sexual, a assistência deve assegurar contracepção de emergência, profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, testagem, acompanhamento psicossocial e cuidados relacionados à possibilidade de gestação (Brasil, 2025). O atendimento em saúde não pode ser condicionado à apresentação de boletim de ocorrência, pois a assistência deve ocorrer independentemente da decisão de procurar os órgãos policiais (OMS, 2014). Todos os procedimentos devem ser explicados previamente e realizados mediante consentimento da usuária (OMS, 2019).

A notificação compulsória constitui instrumento importante para o conhecimento da magnitude dos casos e para o planejamento das políticas públicas (Opas, 2024). Entretanto, a notificação em saúde não deve ser confundida com denúncia policial, pois possui finalidade epidemiológica e segue procedimentos próprios (Brasil, 2025). O desconhecimento dessa diferença pode produzir subnotificação, omissão ou quebra indevida do sigilo profissional (Hasse; Vieira; Araújo, 2014).

A atuação multiprofissional amplia a capacidade de responder às necessidades clínicas, psicológicas, sociais e jurídicas apresentadas pelas mulheres (Alcântara et al., 2024). Entretanto, a presença de diferentes categorias não garante integração quando cada profissional atua de maneira isolada (Aguiar et al., 2023). A discussão compartilhada dos casos, com preservação do sigilo, favorece a definição de responsabilidades e reduz orientações contraditórias ou repetição desnecessária do relato (Brasil, 2025).

A articulação intersetorial também se mostrou indispensável, envolvendo serviços de saúde, assistência social, segurança pública, justiça e acolhimento institucional (Menezes et al., 2014). Protocolos territoriais, contatos atualizados e comunicação entre os serviços podem tornar os encaminhamentos mais seguros e reduzir a descontinuidade assistencial (Brasil, 2025). A construção participativa desses instrumentos favorece sua adequação às condições reais de cada município e aos recursos disponíveis na rede (Santos; Freitas; Araújo, 2020).

A educação permanente constitui outra estratégia essencial, pois capacitações isoladas tendem a perder efetividade diante da rotatividade das equipes e das mudanças nos serviços (OMS, 2021). A formação deve abordar acolhimento, avaliação do risco, notificação, direitos das mulheres, saúde mental, atendimento clínico e enfrentamento de condutas culpabilizadoras (Opas, 2022). Reuniões multiprofissionais e espaços de discussão também podem oferecer suporte aos trabalhadores diante da complexidade emocional dos casos atendidos (Brasil, 2025).

Por fim, a gestão deve garantir equipes suficientes, ambientes reservados, protocolos atualizados, serviços de referência e mecanismos de avaliação da qualidade assistencial (Aguiar et al., 2023). A participação das usuárias na avaliação dos serviços pode revelar barreiras relacionadas à demora, ao medo de exposição, à falta de informações e ao atendimento desrespeitoso (Alcântara et al., 2024). Dessa forma, a qualificação das linhas de cuidado exige integração entre acolhimento, avaliação do risco, acompanhamento longitudinal, formação profissional e articulação intersetorial, evitando que a assistência permaneça restrita às consequências imediatas da violência (Brasil, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permitiu compreender que a qualificação das linhas de cuidado às mulheres em situação de violência depende da organização de respostas contínuas, humanizadas e integradas, superando atendimentos limitados às lesões ou aos episódios emergenciais. O objetivo proposto foi alcançado mediante a identificação de estratégias relacionadas ao acolhimento, à escuta qualificada, à avaliação de risco, à organização dos fluxos, à educação permanente e à articulação multiprofissional e intersetorial.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na identificação e no acompanhamento das situações de violência, enquanto os serviços especializados, de urgência, saúde mental, assistência social, segurança pública e justiça complementam o percurso de proteção. A integração requer comunicação permanente, responsabilidades definidas e mecanismos de referência e contrarreferência capazes de evitar a fragmentação e a revitimização institucional.

A qualificação também pressupõe investimentos em infraestrutura, disponibilidade de ambientes reservados, dimensionamento adequado das equipes, atualização de protocolos e apoio emocional aos trabalhadores. A formação precisa ocorrer de forma contínua, incluindo dimensões clínicas, éticas, legais e sociais, para que os profissionais consigam reconhecer sinais de violência e conduzir o atendimento de maneira segura.

Como limitação, destaca-se que a revisão reuniu publicações com diferentes contextos e desenhos metodológicos, impossibilitando generalizações para todos os municípios brasileiros. Recomenda-se a realização de investigações que avaliem a implementação das linhas de cuidado em diferentes regiões, incorporando a percepção das usuárias, dos profissionais e dos gestores. O fortalecimento da rede de atendimento pode contribuir para reduzir danos, ampliar a proteção e assegurar que as mulheres encontrem no SUS um espaço de cuidado, dignidade e reconstrução da autonomia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de et al. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 1, e220266pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220266pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220266pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

ALCANTARA, Patrícia Pereira Tavares de et al. Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e08992023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.08992023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08992023. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.847, de 25 de abril de 2024. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14847.htm. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde. Versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 264/2024-CGESMU/DGCI/DESCO/DEPPROS/SAPS/MS. Orientações para a atenção integral às pessoas em situação de violência na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf. Acesso em: 5 ago. 2026.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, e190164, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190164. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190164. Acesso em: 5 ago. 2026.

MACHADO, Débora Fernandes et al. A violência contra a mulher por parceiro íntimo nos serviços de Atenção Primária: da invisibilidade à medicalização. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 29, e240275, 2025. DOI: 10.1590/interface.240275. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240275. Acesso em: 5 ago. 2026.

MENEZES, Patrícia Rodrigues de Macedo et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778–786, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Geneva: World Health Organization, 2019. ISBN 978-92-4-151710-2. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/330084. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Revised edition. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-003980-3. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039803. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resource package for strengthening countries' health systems response to violence against women. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.5. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Novo relatório da OPAS destaca necessidade urgente de programas específicos que abordem a violência contra mulheres e meninas indígenas, afrodescendentes e de outros grupos étnicos. Washington, D.C.: Opas, 4 dez. 2024. Disponível em:

https://www.paho.org/pt/noticias/4-12-2024-novo-relatorio-da-opas-destaca-necessidade-urgente-programas-especificos-que. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS pede uma melhor resposta dos serviços de saúde à violência contra as mulheres. Washington, D.C.: Opas, 30 nov. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/30-11-2022-opas-pede-uma-melhor-resposta-dos-servicos-saude-violencia-contra-mulheres. Acesso em: 5 ago. 2026.

SANTOS, Ana Pereira dos; BEVILACQUA, Paula Dias; MELO, Cristiane Magalhães de. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 569–579, abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012522. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012522. Acesso em: 5 ago. 2026.

SILVA, Karlos Eduardo Alves; SANTOS, José Ismair de Oliveira dos; BEZERRA, Waldez Cavalcante. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320118, 2022. DOI: 10.1590/S0103-73312022320118. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320118. Acesso em: 5 ago. 2026.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

ESTRATÉGIAS COLABORATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Lizandra Moreno Costa [1]; Jozadake Petry Fausto [2]; Onayane dos Santos Oliveira [3]; Maria Verônica Guimarães do Nascimento Solos do Mar [4]; Gabriela Calazancio Torres [5]; Natiele Freo Piccin [6]; Eliza Schuck Castanho Brenner [7]; Ana Lucia Pereira da Silva Schiave [8]; Marckson da Silva Paula [9]; Ivana Jacob Ibrahim [10]

[1] UNIBH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lizandramcosta@gmail.com
[2] Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho - UNESP/SP, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
[3] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
[4] Faculdade Terra Nordeste - FATENE, Fortaleza, Ceará, Brasil.
[5] UDF, Formosa, Goiás, Brasil.
[6] Universidade Franciscana - UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
[7] Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
[8] Universidad Interamericana, Pedro Juan Caballero, Paraguay.
[9] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
[10] Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

A promoção da saúde mental exige práticas colaborativas capazes de articular profissionais, serviços, usuários e comunidades, especialmente diante do aumento das demandas emocionais e da fragmentação assistencial. O estudo teve como objetivo analisar estratégias colaborativas utilizadas para ampliar a promoção da saúde mental no contexto da assistência em saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada nas bases SciELO, BVS, Lilacs, PubMed e documentos da Organização Mundial da Saúde, considerando publicações entre 2024 e 2026. Foram selecionadas 12 produções diretamente relacionadas ao cuidado colaborativo, à integração entre atenção primária e serviços especializados, ao apoio matricial, às ações coletivas e à participação dos usuários. Os resultados indicaram que o compartilhamento de responsabilidades, a comunicação interprofissional, o apoio matricial, os grupos terapêuticos, a educação permanente e a participação de pessoas com experiência vivida favorecem a integralidade e a continuidade assistencial. Entretanto, sobrecarga das equipes, comunicação insuficiente, ausência de protocolos e fragmentação da rede dificultam a consolidação dessas práticas. Conclui-se que a promoção da saúde mental depende de redes integradas, atuação multiprofissional e cuidado centrado nas necessidades das pessoas e dos territórios.

Palavras-chave: Saúde Mental; Assistência à Saúde; Equipe Multiprofissional; Atenção Primária à Saúde; Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

Mental health promotion requires collaborative practices capable of connecting professionals, services, users and communities, especially in the face of increasing emotional demands and fragmented care. This study aimed to analyze collaborative strategies used to expand mental health promotion in health care settings. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach, conducted in the SciELO, BVS, Lilacs and PubMed databases, as well as World Health Organization documents, considering publications from 2024 to 2026. Twelve

publications directly related to collaborative care, integration between primary care and specialized services, matrix support, group interventions and user participation were selected. The results indicated that shared responsibility, interprofessional communication, matrix support, therapeutic groups, continuing education and the participation of people with lived experience contribute to comprehensive and continuous care. However, team overload, insufficient communication, lack of protocols and network fragmentation hinder the consolidation of these practices. It is concluded that mental health promotion depends on integrated networks, multidisciplinary action and care centred on the needs of individuals and communities.

Keywords: Mental Health; Health Care; Multidisciplinary Team; Primary Health Care; Intersectoral Collaboration

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental integra o conceito ampliado de saúde e envolve condições emocionais, sociais, relacionais e comunitárias que influenciam a capacidade das pessoas de enfrentar adversidades, desenvolver vínculos, trabalhar, participar da vida coletiva e buscar ajuda quando necessário. A crescente procura por atendimento relacionado à ansiedade, depressão, sofrimento psicossocial, comportamento suicida e sintomas somáticos persistentes tem ampliado os desafios enfrentados pelos serviços, tornando insuficientes as respostas baseadas exclusivamente no atendimento especializado ou na intervenção medicamentosa (Hernandez et al., 2024).

A promoção da saúde mental compreende intervenções destinadas ao fortalecimento dos fatores protetores, à construção de vínculos, à prevenção de agravos e à ampliação da participação social, não se restringindo ao tratamento de transtornos já diagnosticados. A efetividade dessas ações depende da articulação entre atenção primária, serviços especializados, assistência social, educação, organizações comunitárias e redes de apoio, considerando que o sofrimento mental é influenciado por desigualdades econômicas, condições de trabalho, vínculos familiares, discriminação e dificuldades de acesso aos direitos sociais (OMS, 2024).

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica por constituir, frequentemente, o primeiro contato das pessoas com a rede assistencial e por possibilitar acompanhamento longitudinal, conhecimento do território e identificação precoce de necessidades emocionais. Contudo, profissionais desse nível de atenção ainda relatam insegurança para conduzir intervenções em saúde mental, principalmente diante de casos complexos, risco de suicídio, multimorbidades e ausência de suporte especializado (Medeiros; Vargas; Oliveira, 2025).

As estratégias colaborativas surgem como alternativas para superar a fragmentação do cuidado, promovendo compartilhamento de conhecimentos, responsabilidades e decisões entre diferentes profissionais. O cuidado colaborativo pode incluir consultas conjuntas, discussão de casos, apoio matricial, planos terapêuticos compartilhados, comunicação sistemática, supervisão especializada, grupos comunitários e acompanhamento coordenado entre os serviços (Mamo et al., 2024).

A integração entre atenção primária e saúde mental reduz encaminhamentos desnecessários, amplia a capacidade das equipes generalistas e favorece intervenções mais próximas do território. Entretanto, a implementação exige definição de responsabilidades, disponibilidade de profissionais, sistemas de informação integrados e espaços permanentes de comunicação, evitando que a colaboração permaneça restrita a iniciativas pontuais (Alameddine et al., 2025).

A participação dos usuários também precisa ser incorporada, pois pessoas com experiência vivida podem contribuir para o planejamento, a avaliação e a transformação dos serviços, tornando o cuidado mais sensível às necessidades concretas da população. Abordagens centradas na pessoa valorizam autonomia, direitos humanos, corresponsabilização e construção conjunta das decisões terapêuticas, reduzindo práticas coercitivas e relações excessivamente verticalizadas (WHO, 2025).

Diante disso, formula-se a seguinte questão: quais estratégias colaborativas podem contribuir para a promoção da saúde mental no contexto da assistência em saúde? A discussão mostra-se relevante por favorecer a identificação de práticas capazes de ampliar o acesso, a integralidade, a continuidade do cuidado e a participação dos usuários, fortalecendo a atuação multiprofissional e a articulação entre os diferentes pontos da rede.

Objetivo: analisar as principais estratégias colaborativas utilizadas para a promoção da saúde mental no contexto da assistência em saúde, destacando a atuação multiprofissional, o apoio matricial, as intervenções coletivas, a integração dos serviços e a participação dos usuários.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida para reunir e discutir publicações recentes relacionadas às estratégias colaborativas de promoção da saúde mental no contexto da assistência em saúde. A escolha pela revisão narrativa permitiu integrar artigos com diferentes delineamentos e documentos institucionais, favorecendo uma interpretação ampla das práticas multiprofissionais, comunitárias e organizacionais voltadas à qualificação do cuidado.

A busca bibliográfica foi realizada entre junho e julho de 2026 nas bases Scientific Electronic Library Online — SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde — BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde — Lilacs e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online — PubMed. O levantamento foi complementado por documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde e por suas representações regionais.

O recorte temporal compreendeu publicações disponibilizadas entre janeiro de 2024 e julho de 2026, permitindo reunir produções dos últimos três anos e identificar abordagens recentes sobre integração assistencial, apoio matricial, cuidado centrado na pessoa e trabalho colaborativo. Foram utilizadas publicações em português e inglês diretamente relacionadas ao objeto delimitado.

Os descritores empregados foram “Saúde Mental”, “Promoção da Saúde”, “Equipe Multiprofissional”, “Atenção Primária à Saúde”, “Assistência à Saúde”, “Cuidado Colaborativo”, “Apoio Matricial” e “Serviços Comunitários de Saúde Mental”. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizando-se os seguintes intercruzamentos: “Saúde

Mental" AND "Equipe Multiprofissional"; "Saúde Mental" AND "Atenção Primária à Saúde"; "Promoção da Saúde" AND "Saúde Mental"; "Cuidado Colaborativo" AND "Assistência à Saúde"; "Saúde Mental" AND "Apoio Matricial"; e "Saúde Mental" AND ("Serviços Comunitários" OR "Participação dos Usuários").

Na busca inicial, foram identificadas 148 publicações, sendo 34 na SciELO, 41 na BVS, 29 na Lilacs e 44 na PubMed. Também foram localizados oito documentos institucionais, totalizando 156 materiais. Após a exclusão de 33 registros duplicados, permaneceram 123 publicações para leitura dos títulos e resumos.

A leitura inicial resultou na exclusão de 86 materiais que não apresentavam relação direta com a promoção da saúde mental, abordavam exclusivamente intervenções farmacológicas, tratavam de contextos sem articulação assistencial ou não discutiam estratégias colaborativas. Dessa forma, 37 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra.

Após a leitura completa, 25 materiais foram excluídos por apresentarem discussão superficial sobre colaboração profissional, ausência de resultados relacionados à integração dos serviços, enfoque exclusivamente diagnóstico ou pouca aderência ao objetivo proposto. Ao final, 12 publicações compuseram o conjunto analisado.

Foram incluídos artigos científicos, revisões, investigações qualitativas, documentos técnicos e diretrizes disponíveis integralmente, publicados entre 2024 e 2026, em português ou inglês, que abordassem cuidado colaborativo, atenção primária, saúde mental comunitária, apoio matricial, atuação multiprofissional, intervenções coletivas ou participação dos usuários. Foram excluídos editoriais, cartas, resumos de eventos, materiais duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e documentos sem relação direta com a assistência em saúde mental.

Os conteúdos foram organizados em um instrumento contendo autoria, ano, objetivo, contexto assistencial, profissionais envolvidos, estratégia colaborativa, principais resultados, limitações e contribuições para a promoção da saúde mental. Posteriormente, os achados foram analisados de forma interpretativa e agrupados em quatro eixos: integração entre atenção primária e serviços especializados; apoio matricial e comunicação multiprofissional; intervenções coletivas e comunitárias; e participação dos usuários na organização do cuidado.

Por utilizar exclusivamente artigos e documentos disponíveis em fontes públicas, sem participação direta de seres humanos ou acesso a informações pessoais identificáveis, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados os princípios de autoria, integridade acadêmica e adequada indicação das fontes utilizadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise demonstrou que o cuidado colaborativo favorece a integração entre profissionais da Atenção Primária e especialistas em saúde mental, ampliando a capacidade de identificação, intervenção e acompanhamento dos casos no território (Hernandez et al., 2024). Nesse processo, a comunicação regular, o compartilhamento das decisões e a definição de responsabilidades

contribuem para reduzir encaminhamentos fragmentados e fortalecer a continuidade assistencial (Mamo et al., 2024).

Embora a Atenção Primária apresente condições favoráveis para desenvolver ações de promoção, prevenção e acompanhamento, sua atuação pode ser limitada pela insegurança profissional, pela sobrecarga de trabalho e pela insuficiência de recursos especializados (Medeiros; Vargas; Oliveira, 2025). Diante dessas limitações, a inserção de profissionais com formação ampliada em saúde mental e a realização de consultas compartilhadas podem fortalecer a autonomia das equipes e diminuir a concentração do cuidado nos serviços especializados (Alameddine et al., 2025).

Entre as estratégias identificadas, o apoio matricial destacou-se por ampliar o conhecimento das equipes e modificar a compreensão sobre o cuidado em saúde mental (Treichel et al., 2025). A discussão conjunta de casos, a supervisão e a elaboração compartilhada de projetos terapêuticos favorecem intervenções mais integradas, evitando encaminhamentos automáticos e rupturas no acompanhamento (Hernandez et al., 2024).

Entretanto, a consolidação do apoio matricial depende de tempo reservado para reuniões, estabilidade das equipes, comunicação permanente e suporte da gestão (Mamo et al., 2024). Quando realizado de forma irregular ou sem definição clara das atribuições, o matriciamento tende a se limitar a orientações pontuais, sem produzir mudanças duradouras na organização do cuidado (Treichel et al., 2025).

Além das estratégias desenvolvidas entre profissionais, os grupos comunitários mostraram-se relevantes para a promoção da saúde mental, pois favorecem vínculos, troca de experiências, apoio social e participação coletiva (Zorzi et al., 2024). Essas atividades podem reduzir o isolamento e ampliar as redes de suporte, permitindo a construção de formas de enfrentamento mais próximas das necessidades e das características do território (OMS, 2024).

A colaboração também se mostrou essencial em situações de maior complexidade, como a prevenção do suicídio e o acompanhamento de pessoas com multimorbidades (Pimenta et al., 2024). A ausência de capacitação, protocolos e articulação com os serviços especializados pode aumentar a insegurança das equipes e dificultar a condução dos casos de maior gravidade (Medeiros; Vargas; Oliveira, 2025).

Da mesma forma, a atenção às pessoas com depressão associada a doenças crônicas exige integração entre os cuidados físicos e mentais, evitando que os sintomas emocionais sejam tratados como questões secundárias (Tops et al., 2024). Nesses casos, os planos terapêuticos compartilhados, a comunicação entre especialidades e a participação ativa do usuário tornam-se fundamentais para a continuidade e a integralidade do tratamento (Hernandez et al., 2024).

Outro aspecto relevante corresponde à participação de pessoas com experiência vivida, cuja inclusão pode tornar os serviços mais acessíveis, respeitosos e centrados nas necessidades dos usuários (WHO, 2025). A presença dessas pessoas em espaços decisórios, ações educativas e

processos de avaliação contribui para identificar barreiras relacionadas ao estigma, à comunicação e à organização dos serviços (OMS, 2024).

A educação permanente também se mostrou indispensável para a sustentação das práticas colaborativas, pois possibilita atualizar conhecimentos, discutir dificuldades e fortalecer competências clínicas e relacionais (Lopez et al., 2025). A construção de uma cultura organizacional baseada na aprendizagem compartilhada favorece a circulação de experiências entre as equipes e amplia a capacidade de resposta diante de situações complexas (Mamo et al., 2024).

Os achados indicaram ainda que crianças, adolescentes, idosos e pessoas com condições crônicas necessitam de estratégias específicas, articuladas com famílias, escolas, assistência social e serviços especializados (OMS; Unicef, 2024). A diversidade dessas necessidades confirma que a promoção da saúde mental não pode ficar restrita a uma única categoria profissional ou a um único nível de atenção (Tops et al., 2024).

Nesse contexto, a gestão deve garantir espaços de reunião, sistemas de comunicação, protocolos, dimensionamento adequado e suporte contínuo às equipes (Alameddine et al., 2025). A ausência dessas condições tende a manter práticas isoladas, encaminhamentos excessivos e baixa corresponsabilização entre os serviços (Treichel et al., 2025).

Dessa forma, as estratégias colaborativas mais relevantes envolveram apoio matricial, consultas compartilhadas, reuniões multiprofissionais, grupos comunitários, educação permanente, participação dos usuários e integração entre a Atenção Primária e os serviços especializados (Zorzi et al., 2024). A articulação dessas práticas favorece um cuidado mais integral, territorializado e centrado na pessoa, embora sua efetividade dependa de planejamento, investimento e compromisso institucional (OMS, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu identificar que as estratégias colaborativas contribuem para a promoção da saúde mental por ampliarem a comunicação entre os profissionais, o compartilhamento de responsabilidades e a continuidade da assistência. O objetivo proposto foi alcançado por meio da análise de práticas relacionadas ao apoio matricial, às consultas compartilhadas, às ações coletivas, à educação permanente e à participação dos usuários.

A integração entre a Atenção Primária e os serviços especializados favorece a identificação precoce das necessidades, reduz encaminhamentos desnecessários e aproxima o cuidado dos territórios. Entretanto, a consolidação dessas estratégias depende de equipes suficientes, tempo para reuniões, protocolos definidos, sistemas de comunicação e apoio institucional.

Os grupos comunitários e a participação de pessoas com experiência vivida ampliam a capacidade de construir intervenções centradas nas necessidades reais da população. A educação permanente, por sua vez, fortalece competências clínicas e relacionais, permitindo que os profissionais atuem de maneira mais segura diante da complexidade das demandas.

Conclui-se que a promoção da saúde mental requer práticas multiprofissionais, comunitárias e intersetoriais sustentadas por uma rede integrada. Recomenda-se ampliar a avaliação

das experiências colaborativas em diferentes territórios, considerando a percepção dos profissionais, usuários e gestores, bem como os efeitos dessas práticas sobre o acesso, a continuidade e a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALAMEDDINE, Mohamad et al. The role of advanced practice nursing in the integration of mental health into primary care. Eastern Mediterranean Health Journal, Cairo, v. 31, n. 3, 2025. Disponível em: https://www.emro.who.int/emhj-volume-31-2025/volume-31-issue-3/the-role-of-advanced-practice-nursing-in-the-integration-of-mental-health-into-primary-care.html. Acesso em: 5 ago. 2026.

HERNANDEZ, Victoria; NASSER, Leen; DO, Christina; LEE, Wei-Chen. Healing the whole: an international review of the collaborative care model between primary care and psychiatry. Healthcare, Basel, v. 12, n. 16, art. 1679, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12161679. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare12161679. Acesso em: 5 ago. 2026.

LOPEZ, Monica A. et al. Creating a collaborative culture of learning within a network of community mental health early psychosis programs in Texas. Schizophrenia Research, Amsterdam, v. 276, p. 1–7, 2025. DOI: 10.1016/j.schres.2024.12.009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.12.009. Acesso em: 5 ago. 2026.

MAMO, Nick; TAK, Lineke M.; OLDE HARTMAN, Tim C.; ROSMALEN, Judith G. M.; HANSSEN, Denise J. C. Strategies to improve implementation of collaborative care for functional disorders and persistent somatic symptoms: a qualitative study using a Research World Café design. Journal of Psychosomatic Research, Oxford, v. 181, art. 111665, 2024. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111665. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111665. Acesso em: 5 ago. 2026.

MEDEIROS, Rafaela Sales; VARGAS, Divane de; OLIVEIRA, Jacqueline de Lima. Percepção de enfermeiros sobre intervenções em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 78, n. 3, e20240260, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0260pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0260pt. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://iris.who.int/bitstreams/8a159556-518d-470b-8429-c78a3662af1f/download. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Mental health of children and young people: service guidance. Geneva: World Health Organization; Unicef, 2024. Disponível em: https://iris.who.int/bitstreams/5f3697e2-0696-48c1-a6e0-21c51b7da1a0/download. Acesso em: 5 ago. 2026.

PIMENTA, Larissa Ferreira de Andrade et al. Prevenção ao suicídio na Atenção Primária, na percepção de profissionais de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, e34021, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/ww63phNnnNVmJVv8fjpVMkC/. Acesso em: 5 ago. 2026.

TOPS, Liesbeth et al. Healthcare providers' perception of caring for older patients with depression and physical multimorbidity: insights from a focus group study. BMC Primary Care, London, v. 25, art. 223, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02447-9. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12875-024-02447-9. Acesso em: 5 ago. 2026.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos et al. Mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9927, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251459927P. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820251459927P. Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transforming mental health through lived experience: a roadmap for integrating lived and living experience into mental health systems and services. Copenhagen: WHO Regional

Office for Europe, 2025. Disponível em: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12307-52079-79927. Acesso em: 5 ago. 2026.

ZORZI, Vanessa Nunes; MARTINS, Suélen de Souza; MACEDO, Débora Alana; SANGIONI, Luís Antônio. Promoção de saúde mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, e230447, 2024. DOI: 10.1590/interface.230447. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230447. Acesso em: 5 ago. 2026.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A VIGILÂNCIA E A PROTEÇÃO SOCIAL

Luana Caroline Moura Neves[1]; Benedita Neida da Silva Flexa[2]; Pamela Bento dos Santos[3]; Erica Cristina Machado da Silva[4]; Mariana Baptista Dias da Silva[5]; Carla Carolina Rodrigues Barros[6]; Alcimária Silva Dos Santos[7]; Juliane Cristine Konzen[8]; Livia Faria Orso[9]; Mykaelle Soares Lima[10].

[1] Especialista em Saúde Coletiva pelo Hospital Regional Ruy de Barros Correia. E-mail: lcmouran@gmail.com
[2] Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: flexaneida@gmail.com
[3] Especialista em controle de infecção em assistência à saúde. E-mail: enfapamelasantos@gmail.com
[4] Especialista em Políticas Públicas e Gestão do SUAS pela Faculdade de Pós-Graduação Acropoli Educacional. E-mail: erica.ssocial1@gmail.com
[5] Especialista em Direito Civil e Processual Civil pelo Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter). E-mail: maribds@gmail.com
[6] Especialista em Saúde Pública com Ênfase em ESF pela FAVENI. E-mail: carla.krolina@hotmail.com
[7] Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UEMA. E-mail: alcimarias@hotmail.com
[8] Especialista em UTI e Emergência pela Moinhos de Vento. E-mail: jukonzenenfa81@gmail.com
[9] Mestra em Enfermagem pela Universidade de Marília – UNIMAR. E-mail: liviaorso@unimar.br
[10] Mestra em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: mykaelle.lima@ufpi.edu.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a importância da notificação da violência contra a mulher nos serviços de saúde para a vigilância e para o fortalecimento das ações de proteção social. **METODOLOGIA:** revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed/MEDLINE. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro produções compuseram a análise temática. **RESULTADOS:** Verificou-se predominância das ocorrências no ambiente doméstico, com participação frequente de parceiros íntimos, além de expressiva subnotificação, alcançando 98,5% para violência psicológica, 75,9% para física e 89,4% para sexual. Registros incompletos limitaram o dimensionamento epidemiológico e a organização das respostas assistenciais e protetivas. **CONCLUSÃO:** A notificação qualificada fortalece a vigilância, identifica situações de maior vulnerabilidade e favorece a articulação entre assistência, prevenção e proteção social, contribuindo para respostas institucionais mais adequadas às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: Notificação Compulsória; Serviços de Saúde; Saúde da Mulher; Vigilância em Saúde Pública; Violência contra a Mulher.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the importance of reporting violence against women in health services for surveillance and the strengthening of social protection actions. **METHODOLOGY:** A narrative

literature review with a qualitative approach and descriptive nature. Searches were conducted in the Virtual Health Library (VHL/BVS), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and PubMed/MEDLINE. After reviewing titles, abstracts, and full texts, four studies were selected for the thematic analysis. **RESULTS:** A predominance of incidents occurring in the domestic environment was observed, frequently involving intimate partners, alongside significant underreporting—reaching 98.5% for psychological violence, 75.9% for physical violence, and 89.4% for sexual violence. Incomplete records limited the ability to assess the epidemiological scope and organize care and protection responses. **CONCLUSION:** Quality reporting strengthens surveillance, identifies situations of heightened vulnerability, and fosters coordination among care, prevention, and social protection, thereby contributing to more appropriate institutional responses for women experiencing violence.

Keywords: Mandatory Reporting; Health Services; Women's Health; Public Health Surveillance; Violence against Women.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher constitui um problema de saúde pública e uma violação de direitos humanos, com repercussões físicas, psicológicas, sexuais e sociais que exigem respostas articuladas dos serviços de saúde e da rede de proteção. No Brasil, as notificações apresentaram tendência crescente entre 2014 e 2023, especialmente após 2020, passando de 9,8 para 19,2 casos por 100 mil mulheres ao ano, enquanto 73,4% das ocorrências registradas aconteceram no ambiente domiciliar, evidenciando a relevância da identificação dessas situações nos pontos de atenção à saúde (Lima *et al*., 2025).

A notificação constitui um componente da vigilância em saúde por possibilitar o registro sistemático de casos suspeitos ou confirmados e a produção de informações sobre características das vítimas, circunstâncias da ocorrência e distribuição territorial do agravo. Entre 2015 e 2020, foram analisadas 495.820 notificações de violência doméstica contra mulheres no Brasil, com aumento de 29,4% nas taxas durante o período, além de diferenças importantes entre faixas etárias e unidades federativas, o que reforça a necessidade de informações epidemiológicas consistentes para orientar ações de prevenção, assistência e proteção social (Azevedo; Oliveira; Oliveira, 2025).

Embora a notificação compulsória da violência contra a mulher esteja prevista no país desde a Lei nº 10.778/2003, permanecem dificuldades relacionadas à identificação dos episódios pelos serviços, ao sub-registro e ao preenchimento incompleto das informações, circunstâncias que

podem limitar o conhecimento da magnitude e das características desse fenômeno. Nesse cenário, os serviços de saúde ocupam posição estratégica por participarem do acolhimento, da notificação e dos encaminhamentos necessários, articulando-se com assistência social, segurança pública e justiça para ampliar a continuidade do cuidado e as possibilidades de proteção das mulheres (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022; Araújo *et al*., 2026).

Diante desse contexto, estabelece-se como problema de pesquisa compreender de que maneira a notificação realizada nos serviços de saúde contribui para a vigilância da violência contra a mulher e para a articulação das medidas de proteção social, considerando as limitações ainda presentes na produção e utilização dessas informações. Justifica-se a abordagem pela necessidade de fortalecer registros capazes de subsidiar o planejamento das políticas públicas e a organização das redes assistenciais; assim, objetiva-se analisar a importância da notificação da violência contra a mulher nos serviços de saúde para a vigilância e para o fortalecimento das ações de proteção social.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida a partir da reunião e interpretação de produções relacionadas à notificação da violência contra a mulher nos serviços de saúde. Foram contemplados aspectos referentes às características das ocorrências, qualidade dos registros, subnotificação e respostas institucionais vinculadas à vigilância e à proteção social.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library* Online (SciELO) e PubMed/MEDLINE. Foram utilizados os descritores DeCS/MeSH “Violência contra a Mulher” (*Violence Against Women*), “Notificação Compulsória” (*Mandatory Reporting*), “Vigilância em Saúde Pública” (*Public Health Surveillance*), “Serviços de Saúde” (*Health Services*) e “Saúde da Mulher” (*Women's Health*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

A estratégia de busca empregou combinações entre os descritores em português e inglês. Foram incluídas publicações disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, relacionadas à notificação, subnotificação, qualidade dos registros, vigilância ou proteção social. Excluíram-se duplicatas, editoriais, resumos sem texto completo e materiais sem relação direta com a temática investigada.

A seleção ocorreu pela leitura dos títulos e resumos, seguida da avaliação integral dos materiais elegíveis. Cinco produções chegaram à etapa final, sendo quatro incluídas e uma excluída por não atender aos critérios estabelecidos. Foram extraídas informações sobre autoria, ano, contexto, características das ocorrências, subnotificação e qualidade dos registros, posteriormente organizadas por meio de síntese narrativa e análise temática.

Por utilizar exclusivamente fontes bibliográficas e documentos de acesso público, sem participação direta de seres humanos ou dados identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o número reduzido de quatro produções incluídas, a heterogeneidade dos contextos investigados e a ausência de avaliação sistemática do risco de viés, além da possível influência da subnotificação e da incompletude dos registros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção dos cinco arquivos encaminhados resultou na inclusão de quatro produções diretamente relacionadas à notificação da violência contra a mulher e na exclusão de uma produção, por não atender aos critérios estabelecidos para composição da análise. O material selecionado possibilitou examinar diferentes dimensões do processo de notificação nos serviços de saúde, considerando o perfil das ocorrências, a subnotificação, a qualidade dos registros e sua contribuição para a vigilância e para a proteção social das mulheres.

A distribuição das ocorrências revela particularidades territoriais, embora o domicílio permaneça como espaço recorrente da violência. Stochero e Pinto (2024) registraram 79.229 notificações entre mulheres rurais, com predomínio da violência física e maior frequência de agressões praticadas pelo companheiro na residência. Em Pernambuco, Santos, Martelli e Fonseca (2024) também identificaram o ambiente doméstico como principal local das ocorrências, acompanhado de elevada participação de parceiros íntimos entre os agressores.

A capacidade de vigilância é diretamente afetada pela qualidade e pela abrangência das informações registradas. Vasconcelos *et al*. (2024) estimaram subnotificação de 98,5% para violência psicológica, 75,9% para física e 89,4% para sexual, demonstrando expressiva distância entre os casos atendidos e aqueles incorporados ao SINAN. Leal (2024) acrescenta que registros completos favorecem o reconhecimento das características territoriais da violência, fornecendo elementos para definição de prioridades, organização das ações públicas e fortalecimento das respostas institucionais.

A notificação também assume função protetiva quando vinculada ao acolhimento e aos encaminhamentos para outros componentes da rede. Stochero e Pinto (2024) associam esse procedimento à retirada das situações de violência da invisibilidade, à prevenção de recorrências e ao acionamento dos serviços de garantia de direitos. Santos, Martelli e Fonseca (2024) acrescentam que o preenchimento adequado permite reconhecer fatores de risco e organizar intervenções preventivas e assistenciais, aproximando vigilância epidemiológica, cuidado em saúde e proteção social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A notificação da violência contra a mulher nos serviços de saúde é fundamental para a vigilância e para a proteção social, pois possibilita reconhecer o perfil das ocorrências, os contextos de maior vulnerabilidade e os fatores relacionados à recorrência das agressões. A predominância de episódios no ambiente doméstico e a participação frequente de parceiros íntimos reforçam a importância da identificação, do registro adequado e do encaminhamento das mulheres aos diferentes serviços da rede de proteção.

A subnotificação e a incompletude das informações comprometem a representação da magnitude da violência e dificultam a definição de prioridades assistenciais e territoriais. A contribuição deste trabalho está em demonstrar que a qualidade da notificação interfere diretamente na produção de informações epidemiológicas e na capacidade dos serviços de organizar respostas articuladas de cuidado e proteção, exigindo maior qualificação profissional e integração entre os setores envolvidos.

As limitações incluem o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o reduzido número de produções incluídas, a heterogeneidade dos contextos e a ausência de avaliação sistemática do risco de viés. Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem a abrangência territorial, avaliem a qualidade e a oportunidade das notificações e acompanhem os encaminhamentos realizados após o registro, buscando compreender sua relação com a continuidade do cuidado, o acesso à rede de proteção e a prevenção de novas situações de violência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, João Lucas de Freitas *et al.* Violência doméstica e o papel da rede de atenção à saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,** v. 8, n. 7, p. 927-942, 2026. DOI:

https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n7p927-942. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/7677.

AZEVEDO, Lays Silva de; OLIVEIRA, Natan Nascimento de; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de. Notificações, excesso de risco e distribuição espacial da violência doméstica contra mulheres, Brasil, 2015-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 34, e20240277, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240277.pt. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ress/2025.v34/e20240277/pt/.

LIMA, Geovanna Carvalho Cardoso *et al.* Tendência temporal e perfil epidemiológico das notificações de violência contra as mulheres no Brasil: 2014-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 34, e20240475, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240475.pt. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ress/2025.v34/e20240475/pt/.

LEAL, Layane Maria. Avaliação de políticas públicas para mulheres violentadas: a contribuição das notificações de violência interpessoal, no âmbito da saúde, de 2013 a 2022, no estado do Ceará. 2024. **Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) — Universidade Federal do Ceará, Fortaleza**, 2024. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/78924.

MELO, Cristiane Magalhães de; SOARES, Marcela Quaresma; BEVILACQUA, Paula Dias. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/CjvBkCMNDbM47xWMgdTgMqq/?lang=pt.

STOCHERO, Luciane; PINTO, Liana Wernersbach. Caracterização das notificações de violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais no Brasil, de 2011 a 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240059, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720240059.2. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rbepid/2024.v27/e240059/pt/.

SANTOS, Mychelson Santana da Silva; MARTELLI, Petrônio José de Lima; FONSECA, Jorge Luiz Cardoso Lyra da. Violência contra as mulheres no estado de Pernambuco – Brasil: perfil das agredidas e características das ocorrências notificadas entre 2015 e 2019. **Saúde em Redes**, v. 10, n. 1, 2024. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.4135.

VASCONCELOS, Nádia Machado de *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mFrQ75wXPKNTVGt97yGFCRG/?lang=pt.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Jéssica Xavier da Silva Santos[1]; Marcela de Souza Vieira[2]; Pamela Bento dos Santos[3]; Francisca Janaina da Cunha Silva[4]; Wanderlan Ivison da Silva França[5]; Karinny Michelle Alves Moreira[6]; Nayara Ferreira Saraiva Viana[7]; Nelzo Moda Neto Lourenço[8]; Adriene Silva dos Santos[9]; Mohema Duarte de Oliveira[10].

[1] Graduada em Biomedicina pela HUCFF- UFRJ. E-mail: J.xavierbiomed@gmail.com
[2] Especialista em Obstetrícia pela São Camilo. E-mail:marcela_souvieira@hormail.com
[3] Especialista em Enfermagem Obstétrica e Controle de Infecção em Assistência à Saúde pela Universidade Federal Fluminense. E-mail:enfapamelasantos@gmail.com
[4] Especialista em Nutrição Clínica pela Faveni. E-mail: janaina.nutri.cunha@gmail.com
[5] Especialista em farmácia clínica (com RQE) e hospitalar pelo ICTQ. E-mail: wanderlan.ivison123@gmail.com
[6] Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Faculdade Nossa Senhora de Lourdes (FNSL). E-mail: karinnymichelle@gmail.com
[7] Especialista em Saúde mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde de Pública do Maranhão - ESP/MA. E-mail: nayarafsv@gmail.com
[8] Mestrando em Psicológica com apoio Capes pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. E-mail: netoomoda15@gmail.com
[9] Mestranda em desenvolvimento Regional e meio ambiente pela UNIMAM. E-mail: silvaadriene728@gmail.com
[10] Mestra em Epidemiologia pela Fiocruz. E-mail:mohemaduarte@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a atuação multiprofissional na promoção da segurança do paciente nos diferentes níveis assistenciais. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, cinco documentos foram avaliados, com inclusão de quatro publicações. A análise foi descritiva e temática. **RESULTADOS:** A atuação multiprofissional mostrou maior contribuição para a segurança quando articulada à comunicação efetiva, protocolos padronizados, integração dos registros, educação interprofissional, apoio institucional e cultura não punitiva. Na atenção primária, destacaram-se falhas estruturais, comunicacionais, de acesso, capacitação e apoio institucional, associadas a riscos na identificação, medicação e vacinação. Intervenções educativas melhoraram conhecimentos, atitudes e práticas, mas apresentaram efeitos inconsistentes sobre eventos adversos e desfechos clínicos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a segurança do paciente depende da corresponsabilização entre profissionais e da integração entre práticas, comunicação, educação e suporte institucional, contribuindo para reduzir falhas e ampliar a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Educação Interprofissional; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the role of the multiprofessional team in promoting patient safety across different levels of care. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative, descriptive approach was conducted using the BVS, LILACS, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. After reviewing titles, abstracts, and full texts, five documents were evaluated, resulting in the inclusion of four publications. The analysis was descriptive and thematic. **RESULTS:**

Multiprofessional practice contributed most significantly to safety when linked to effective communication, standardized protocols, integrated records, interprofessional education, institutional support, and a non-punitive culture. In primary care, shortcomings regarding infrastructure, communication, access, training, and institutional support were highlighted, alongside risks associated with patient identification, medication, and vaccination. Educational interventions improved knowledge, attitudes, and practices but showed inconsistent effects on adverse events and clinical outcomes. **CONCLUSION:** Patient safety depends on shared responsibility among professionals and the integration of practices, communication, education, and institutional support, thereby helping to reduce errors and enhance the continuity of care.

Keywords: Primary Health Care; Patient Care Team; Interprofessional Education; Patient Safety.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui dimensão essencial da qualidade assistencial e envolve a prevenção de danos evitáveis durante o cuidado, exigindo articulação entre profissionais e organização dos processos de trabalho. Nesse contexto, a comunicação assume relevância particular, uma vez que falhas na transmissão de informações podem comprometer a continuidade e a segurança da assistência; dado citado no trabalho atribui à comunicação ineficaz participação em 70% dos erros ocorridos na atenção à saúde (Santos *et al*., 2021).

A promoção do cuidado seguro não se restringe ao ambiente hospitalar, devendo acompanhar o usuário nos diferentes pontos da rede, incluindo atenção primária, atenção psicossocial e serviços de urgência e emergência. Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a organização assistencial pressupõe participação de diferentes categorias profissionais, enquanto situações de urgência requerem tomada de decisão rápida, integração da equipe e qualificação permanente diante da complexidade clínica e dos riscos envolvidos (Herman, 2024; Alecrim *et al*., 2026).

A atuação multiprofissional insere-se nesse cenário como componente da organização do cuidado capaz de reunir diferentes núcleos de conhecimento em torno das necessidades do paciente, especialmente diante de condições que demandam acompanhamento contínuo e intervenções compartilhadas. A fragmentação das práticas, as hierarquias profissionais e as limitações na comunicação podem dificultar a corresponsabilização e a construção conjunta do plano assistencial, tornando pertinente discutir a integração profissional sob a perspectiva da segurança (Sousa et al., 2026).

O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste em compreender como a atuação multiprofissional pode contribuir para a promoção da segurança do paciente nos diferentes níveis de

atenção à saúde, considerando que a prevenção de incidentes depende de processos institucionais e não de uma categoria profissional isoladamente. Justifica-se a investigação pela necessidade de compreender essa articulação ao longo da rede; assim, objetiva-se analisar a atuação multiprofissional na promoção da segurança do paciente nos diferentes níveis assistenciais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, direcionada à compreensão da atuação multiprofissional na promoção da segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esse delineamento possibilitou reunir produções com diferentes abordagens metodológicas e contextos assistenciais, incluindo Atenção Primária à Saúde (APS), ambiente hospitalar e práticas de educação interprofissional, dimensões contempladas na discussão do estudo.

A busca bibliográfica foi estruturada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed/MEDLINE. Foram empregados os descritores DeCS/MeSH “Segurança do Paciente” (*Patient Safety*), “Equipe de Assistência ao Paciente” (*Patient Care Team*), “Atenção Primária à Saúde” (*Primary Health Care*) e “Educação Interprofissional” (*Interprofessional Education*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme as características de indexação de cada base.

Foram considerados elegíveis artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol e diretamente relacionados à segurança do paciente, atuação multiprofissional, comunicação entre profissionais, educação interprofissional e organização do cuidado nos diferentes níveis assistenciais. Excluíram-se publicações duplicadas, textos incompletos, documentos sem relação direta com a temática e materiais que não apresentavam informações suficientes para subsidiar a discussão proposta.

A seleção foi realizada mediante leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, do conteúdo integral das publicações consideradas pertinentes. Ao término da aplicação dos critérios de elegibilidade, cinco documentos foram avaliados, dos quais quatro foram incluídos na análise final e um foi excluído, quantitativo correspondente ao apresentado na seção de resultados e discussão. Os materiais selecionados foram organizados segundo contexto assistencial, comunicação, integração profissional, formação interprofissional e fatores institucionais associados à segurança do cuidado.

A análise ocorreu de forma descritiva e temática, mediante comparação das contribuições das publicações e identificação de convergências e diferenças relacionadas às práticas multiprofissionais de segurança do paciente. Por utilizar exclusivamente informações provenientes de fontes bibliográficas, sem abordagem ou intervenção direta com seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações metodológicas, reconhecem-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o número reduzido de publicações incluídas, a heterogeneidade dos contextos assistenciais e a ausência de avaliação formal do risco de viés.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção dos cinco arquivos encaminhados resultou na inclusão de quatro publicações científicas diretamente relacionadas ao tema e na exclusão de um documento após a aplicação dos critérios de elegibilidade. O material selecionado contemplou a APS, o ambiente hospitalar, a educação interprofissional e a organização do cuidado no SUS, permitindo examinar dimensões assistenciais, comunicacionais, formativas e institucionais relacionadas à promoção da segurança do paciente.

No ambiente hospitalar, Rodrigues *et al*. (2025) relacionam a redução de falhas assistenciais à organização do fluxo de informações, sobretudo mediante treinamentos interdisciplinares, reuniões regulares, protocolos padronizados, SBAR e integração dos registros eletrônicos. Galeni *et al*. (2026) convergem quanto à necessidade de comunicação e colaboração, porém ampliam essa compreensão ao situar a segurança na cultura organizacional e na corresponsabilização profissional, de modo que protocolos isolados possuem alcance limitado quando permanecem fragmentação do trabalho, relações hierarquizadas e condições institucionais desfavoráveis ao cuidado compartilhado.

Na atenção primária, Cunha *et al*. (2024) identificam uma configuração de risco marcada pela coexistência de problemas estruturais, falhas comunicacionais, demora no acesso a exames e atendimentos, deficiências de capacitação e insuficiente apoio institucional, associadas a erros na identificação, medicação e vacinação. Em contraste com a ênfase hospitalar de Rodrigues *et al*. (2025) na padronização da transmissão de informações, a realidade da APS exige barreiras distribuídas ao longo do processo assistencial, incluindo educação, prevenção de quedas e infecções e integração profissional, especialmente porque algumas situações de risco permanecem sem resposta institucional correspondente.

A dimensão formativa complementa essas estratégias, pois Jiang et al. (2024) identificaram intervenções interprofissionais presenciais e baseadas em simulação, com efeitos positivos sobre conhecimentos, atitudes e práticas de segurança. Entretanto, os impactos sobre eventos adversos e desfechos clínicos foram inconsistentes, indicando que a capacitação isolada possui alcance limitado. Galeni et al. (2026) reforçam que educação permanente, apoio institucional, condições de trabalho e cultura não punitiva devem integrar a organização multiprofissional do cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação multiprofissional mostrou-se fundamental para a promoção da segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção, sobretudo quando associada à comunicação efetiva, à definição compartilhada de responsabilidades e à integração das práticas assistenciais. A prevenção de incidentes depende, portanto, da articulação entre profissionais, organização dos processos de trabalho e suporte institucional, respeitando as particularidades de cada contexto assistencial.

A principal contribuição do trabalho consiste em compreender a segurança do paciente como responsabilidade coletiva, sustentada por protocolos, educação interprofissional, circulação adequada das informações e condições institucionais favoráveis. A qualificação profissional apresenta maior potencial quando integrada à cultura de segurança e à corresponsabilização da equipe, favorecendo práticas mais coordenadas, redução de falhas e maior continuidade do cuidado.

Como limitações, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o número reduzido de publicações, a heterogeneidade dos contextos assistenciais e a ausência de avaliação formal do risco de viés. Recomenda-se que futuras pesquisas avaliem intervenções multiprofissionais por meio de indicadores de incidentes e eventos adversos, ampliem os cenários investigados e analisem os efeitos da comunicação, educação permanente e cultura de segurança sobre a qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, Tatiana Carolino de Abreu *et al*. Núcleo de educação permanente em saúde como estratégia para qualificação da equipe multiprofissional e promoção da segurança do paciente em unidades de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades**, Ciências e Educação, v. 12, n. 7, 2026. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v12i7.28784. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/28784.

CUNHA, Karine Cristina Siqueira *et al*. Promoção da segurança do paciente: vivência dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, e34100, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434100pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/9L7Wgdsh33hmFsLhrwHYh8K/?lang=pt.

GALENI, Oldair Donizete *et al*. Atuação da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente: estratégias para o fortalecimento da atenção à saúde no SUS. **RJNM**, v. 7, n. 7, jul. 2026. DOI: https://doi.org/10.66104/xmqwpc96. Disponível em: https://jrnm.ojsbr.com/juridica/article/view/7019.

HERMAN, Adriana. A segurança do paciente na rede de atenção psicossocial através do cuidado da equipe multiprofissional. 2024. 78 f. **Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) — Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2024. DOI: https://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.3. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/41700.

JIANG, Yan *et al*. Interprofessional education interventions for healthcare professionals to improve patient safety: a scoping review. **Medical Education Online**, v. 29, n. 1, art. 2391631, 2024. DOI: https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2391631. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11351354/.

RODRIGUES, Bruna Braga *et al*. Comunicação efetiva entre equipes multiprofissionais em saúde: estratégias práticas para garantir segurança do paciente e qualidade assistencial. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, v. 19, n. 4, 2025. DOI: https://doi.org/10.24857/rgsa.v19n4-022. Disponível em: https://rgsa.openaccesspublications.org/rgsa/article/view/11837/6425.

SANTOS, Tatiane de Oliveira *et al*. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 55, 2021. DOI: https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3030. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030.

SOUSA, Leidiane Braz de *et al*. Do cuidado fragmentado à prática coletiva: integração de saberes, decisão compartilhada e segurança do paciente na atuação multiprofissional em saúde. **Revista Regeo – Interdisciplinar**, v. 17, n. 2, 2026. DOI: https://doi.org/10.56238/revgeov17n2-129. Disponível em: https://revistageo.com.br/revgeo/article/view/1657.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Gabriella Augusta Penna dos Santos[1]; Lunna Davyda da Silva Freitas[2]; Antoniela dos Santos Ferreira Gomes[3]; Marta Eliene Fernandes Carvalho[4]; Pamela Bento dos Santos[5]; Alcimária Silva dos Santos[6]; Carla Carolina Rodrigues Barros[7]; Adriene Silva dos Santos[8], Antoniela Viana Silva[9]; Mykaelle Soares Lima[10]

[1]Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: gabiaugustauff@gmail.com
[2] Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Francisco. E-mail: lunnafreitas2018@gmail.com
[3] Especialista em Enfermagem em Oncologia pela Faculdade Holística. E-mail: antonielagomes1@gmail.com
[4] Especialista em Pacientes Crítico pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: marta.eliene25@gmail.com
[5] Especialista em Enfermagem Obstétrica e Controle de Infecção em Assistência à Saúde pela Universidade Federal Fluminense. E-mail:enfapamelasantos@gmail.com
[6] Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UEMA. E-mail: alcimarias@hotmail.com
[7] Especialista em Saúde Pública com Ênfase em ESF pela E-mail: carla.krolina@hotmail.com
[8] Mestranda em desenvolvimento Regional e meio ambiente pela UNIMAM. E-mail: silvaadriene728@gmail.com
[9] Pós-graduanda em gerontologia e cuidado ao idoso pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo-FAMEESP
[10] Mestra em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: mykaelle.lima@ufpi.edu.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os reflexos da PNH na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. **MÉTODOS:** Revisão narrativa, qualitativa e descritivo-analítica, realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE. Dos cinco documentos avaliados, quatro foram incluídos. A análise ocorreu por leitura integral e comparativa, considerando contexto assistencial e contribuições para a implementação da PNH. **RESULTADOS:** A humanização mostrou-se associada à melhoria do acolhimento, comunicação, vínculo, corresponsabilização, acesso e organização do cuidado. Entretanto, sobrecarga profissional, infraestrutura inadequada, fragmentação dos serviços e barreiras comunicacionais, físicas e atitudinais limitaram sua efetivação**. CONCLUSÃO:** Conclui-se que a PNH contribui para qualificar a assistência ao integrar cuidado e gestão, fortalecer práticas centradas nas necessidades dos usuários e ampliar a participação dos sujeitos, embora sua consolidação dependa de suporte institucional, valorização profissional e adequada organização dos serviços.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente; Humanização da Assistência; Qualidade da Assistência à Saúde; Relações Profissional-Paciente; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the impact of the National Humanization Policy (PNH) on the quality of care provided to Unified Health System (SUS) users. **METHODS:** A narrative, qualitative, and descriptive-analytical review was conducted using the BVS, LILACS, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. Four of the five evaluated documents were included. Analysis involved a full-text comparative reading, considering the care context and contributions to PNH implementation. **RESULTS:** Humanization was associated with improvements in reception, communication, bonding, shared responsibility, access, and care organization. However,

professional workload, inadequate infrastructure, service fragmentation, and communication, physical, and attitudinal barriers limited its implementation. **CONCLUSION:** The PNH contributes to enhancing the quality of care by integrating care and management, strengthening practices centered on user needs, and expanding the participation of stakeholders; however, its consolidation depends on institutional support, professional recognition, and appropriate service organization.

Keywords: Patient-Centered Care; Humanization of Care; Quality of Health Care; Professional-Patient Relations; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 e denominada HumanizaSUS, ampliou a humanização para toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando atenção e gestão e envolvendo usuários, trabalhadores e gestores na produção do cuidado. Sua organização fundamenta-se em três princípios centrais transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia relacionados à construção de práticas mais acolhedoras, participativas e comprometidas com os direitos dos usuários (Almeida *et al*., 2019).

A humanização no SUS ultrapassa a cordialidade nas relações assistenciais, pois envolve qualidade do cuidado, condições de trabalho, formação permanente, reconhecimento dos direitos dos usuários e avaliação dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, a assistência humanizada pressupõe vínculo, respeito às singularidades e participação dos sujeitos, aproximando a prática profissional dos princípios de integralidade, equidade e dignidade que orientam o sistema público de saúde (Silva, 2021).

A aplicação da PNH alcança diferentes contextos e níveis assistenciais, inclusive serviços especializados, nos quais a complexidade clínica exige cuidado integral e atuação multiprofissional. Em pesquisa desenvolvida em uma unidade de nefrologia do SUS, participaram 25 profissionais, dos quais 60% eram residentes e 40% pertenciam ao quadro efetivo, contemplando medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social, configuração que reforça a abrangência multiprofissional relacionada à operacionalização da humanização nos serviços (Viana; Flores, 2023).

O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste em compreender de que maneira a PNH se relaciona com a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS, considerando que sua efetivação depende de acolhimento, comunicação, valorização dos sujeitos e organização

adequada dos processos assistenciais. Justifica-se a investigação pela necessidade de compreender a inserção desses pressupostos na atenção à saúde; assim, objetiva-se analisar os reflexos da PNH na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, direcionada à compreensão da PNH e de suas repercussões na qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O levantamento contemplou produções relacionadas ao acolhimento, comunicação profissional-usuário, vínculo, acesso aos serviços, corresponsabilização, organização do cuidado e condições institucionais envolvidas na efetivação das práticas de humanização.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed/MEDLINE. Foram utilizados descritores dos vocabulários DeCS e MeSH: “Humanização da Assistência (*Humanization of Assistance*), “Sistema Único de Saúde (*Unified Health System*), “Qualidade da Assistência à Saúde (*Quality of Health Care*), “Assistência Centrada no Paciente (*Patient-Centered Care*) e “Relações Profissional-Paciente (*Professional-Patient Relations*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídas publicações disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que apresentassem relação direta com a humanização da assistência no SUS e abordassem aspectos referentes à qualidade do cuidado, organização dos serviços ou relação entre profissionais e usuários. Excluíram-se documentos duplicados, textos incompletos, publicações sem aderência ao tema e materiais sem conteúdo próprio passível de análise. Dos cinco documentos inicialmente avaliados, quatro compuseram o corpus final da revisão e um foi excluído por não apresentar resultados próprios para análise.

A análise foi realizada por meio da leitura integral e comparativa das publicações, considerando autoria, ano, contexto assistencial e contribuições relacionadas à implementação da PNH. A síntese narrativa foi organizada conforme aproximações e divergências entre os autores. Por utilizar documentos de acesso público, sem participação de seres humanos ou dados identificáveis, não houve necessidade de apreciação ética. Como limitações, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão, o número reduzido de publicações, a heterogeneidade dos contextos e a ausência de avaliação formal do risco de viés.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção dos cinco arquivos encaminhados resultou na inclusão de quatro publicações científicas diretamente relacionadas à humanização no SUS e na exclusão de um arquivo por não apresentar resultados próprios para a análise. O corpus reuniu abordagens sobre relação profissional-usuário, Atenção Básica, fundamentos da PNH e entraves à sua efetivação, permitindo examinar repercussões sobre comunicação, acesso, vínculo, resolutividade e organização do cuidado.

Na organização do cuidado, Pereira *et al*. (2025) relacionam a qualidade do atendimento humanizado às condições concretas de acesso, formação profissional, disponibilidade de recursos e articulação interdisciplinar, sobretudo no atendimento às pessoas com deficiência na Atenção Básica. Silva (2025) converge ao considerar que acolhimento, vínculo, cogestão e corresponsabilização qualificam a assistência, mas ressalta que sobrecarga dos trabalhadores, infraestrutura inadequada e fragmentação dos serviços limitam a efetivação desses dispositivos no cotidiano do SUS.

Quanto à relação profissional-usuário, Silva *et al*. (2021) atribuem à comunicação qualificada papel relevante para reconhecer o indivíduo para além da dimensão biológica, incorporando aspectos sociais e subjetivos ao diagnóstico, tratamento e planejamento assistencial. Pereira *et al*. (2025) acrescentam que essa perspectiva assume maior importância diante de usuários que enfrentam barreiras comunicacionais, físicas e atitudinais, demonstrando que o cuidado centrado na pessoa requer preparo técnico e relacional capaz de responder às singularidades presentes no atendimento.

A concretização da PNH, portanto, depende de transformações que alcancem simultaneamente as relações assistenciais e a estrutura dos serviços. Meira (2026) associa a humanização à redução das assimetrias de poder, à democratização das relações e à criação de condições institucionais favoráveis à produção do cuidado, enquanto Silva (2025) reforça a necessidade de valorização profissional, participação social e superação de modelos hierarquizados e burocratizados. Nessa configuração, a qualidade assistencial passa a decorrer da articulação entre competência técnica, acolhimento, autonomia e organização compartilhada do trabalho em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permitiu compreender que os reflexos da PNH na qualidade da assistência do SUS envolvem acolhimento, comunicação qualificada, vínculo, respeito às singularidades e corresponsabilização. Contudo, sua efetivação também depende de condições adequadas de acesso, organização dos serviços, articulação interdisciplinar e suporte institucional, demonstrando que a humanização deve integrar assistência e gestão.

Entre os principais entraves identificados destacaram-se a sobrecarga profissional, a infraestrutura inadequada, a fragmentação do cuidado e as barreiras comunicacionais, físicas e atitudinais. A contribuição do estudo está em evidenciar que a PNH constitui componente da qualidade assistencial, favorecendo práticas mais participativas, acessíveis e centradas nas necessidades dos usuários, além de ampliar a discussão acadêmica sobre humanização e organização do cuidado.

As limitações relacionam-se ao caráter não exaustivo da revisão narrativa, ao número reduzido de quatro publicações, à heterogeneidade dos contextos e à ausência de avaliação formal do risco de viés. Recomenda-se ampliar futuras pesquisas para diferentes níveis de atenção, incorporar estudos multicêntricos e longitudinais e avaliar indicadores de acesso, vínculo, resolutividade, experiência do usuário e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Simone Lopes de *et al*. Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, e786, 2019. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e786.2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/786.

FIGUEIREDO, Jardes *et al*. Política Nacional de Humanização nas ações do acolhimento dos profissionais de saúde em Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing**, v. 26, n. 304, p. 9901-9906, 2023. DOI: https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i304p9901-9906. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3128.

MEIRA, Marcel Ronaldo Morelli de. Desafios da humanização nos cuidados em saúde: revisão da literatura. **Revista Bioética**, v. 34, 2026. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3934.

PEREIRA, Camila Miranda *et al*. O papel do profissional de saúde no atendimento humanizado a pacientes com necessidades especiais na atenção básica. **ARACÊ**, v. 7, n. 6, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/arev7n6-213. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/5929.

SILVA, Lucas do Carmo. A Política Nacional de Humanização e a gestão do conhecimento em saúde: transformando o atendimento de saúde no sistema carcerário feminino. 2021. 55 f. **Dissertação (Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde) —Universidade Nove de Julho**, São Paulo, 2021. Disponível em: http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2477.

SILVA, Áchelles Monise Batista da *et al*. A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, e4912, 2021. DOI:

https://doi.org/10.25248/reas.e4912.2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4912.

SILVA, Jackson Machado. A humanização no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços, desafios e perspectivas. **RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 1, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2025.1012. Disponível em: https://submissoesrevistarcmos.com.br/rcmos/article/view/1012.

VIANA, Angeluza Amorim; FLORES, Adriana Mayon Neiva. Política nacional de humanização do SUS: importância e implementação em unidade de nefrologia. **PubSaúde**, v. 13, a433, 2023. DOI: https://doi.org/10.31533/pubsaude13.a433. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Pol%C3%ADtica-nacional-de-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-SUS%3A-e-em-de-Viana-Flores/87260faf31de78c3316392ac593111c1ea505d49.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS QUEDAS EM IDOSOS E SEUS IMPACTOS NA MORBIMORTALIDADE E NA QUALIDADE DE VIDA

Aline Albuquerque Marques[1]; Luan Cruz Barreto[2]; Edlígia Sonally Pereira Silva[3]; Larissa Alessandra da Costa Camapum[4]; Dhonayara da Silva de Campos Amorim[5]; Jussier Targino da Silva[6]; Valesca Rayanny Barbosa Rocha[7]; Damiana Maria Minhaqui da Conceição[8]; Mykaelle Soares Lima[9]; Leticia Belleze Silva[10].

[1] Especialista em Treinamento Desportivo pela FANOR. E-mail: alined2@hotmail.com
[2] Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Excelência (Unex). E-mail: luanb1215@gmail.com
[3] Especialista em saúde da criança - Residência em saúde pela Escola de Saúde Pública da Paraíba. E-mail: edligiaso@gmail.com
[4] Especialista em Clínica Médica pela UFC. E-mail: larissa.camapum@gmail.com
[5] Especialista em geriatria e gerontologia pela ULBRA-Palmas. E-mail: dhonayaracampos19@gmail.com
[6] Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Email jussier.silva@outlook.com
[7] Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde e Docência na Enfermagem pela Faculdade Holística -FaHol..
[8] Mestranda em Gerontologia pela UFPB. E-mail: damianaminhaqui@hotmail.com
[9] Mestra em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: mykaelle.lima@ufpi.edu.br
[10] Doutoranda em Ciências da Saúde e Comunicação Humana pela Unesp Marília. Email: leticia.belleze@anchieta.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico das quedas em idosos e seus impactos na morbimortalidade e na qualidade de vida. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE. Foram selecionados artigos publicados entre 2020 e 2026, resultando na inclusão de quatro estudos e exclusão de um material. **RESULTADOS:** As quedas apresentaram maior gravidade entre idosos de idade avançada, alcançando 45,8% das mortes por causas externas em determinado contexto brasileiro, além de crescimento das hospitalizações e óbitos. Após a queda, identificou-se risco 42% maior de comprometimento das atividades de vida diária, associado a fraturas, redução da mobilidade e maior dependência. Quedas recorrentes comprometeram os domínios físico, psicológico, social e ambiental da qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as quedas produzem repercussões relevantes sobre mortalidade, funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, reforçando a importância da prevenção e do acompanhamento contínuo dos idosos com maior vulnerabilidade.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Idoso; Morbidade; Mortalidade; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the epidemiological profile of falls among the elderly and their impact on morbidity, mortality, and quality of life. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and descriptive nature was conducted using the Virtual Health Library (VHL), LILACS, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. Articles published between 2020 and 2026 were selected, resulting in the inclusion of four studies and the exclusion of one item. **RESULTS:** Falls were more severe among the oldest-old, accounting for 45.8% of deaths from external causes in a specific Brazilian context, alongside an increase in hospitalizations and fatalities. Following a fall, a 42% higher risk of impairment in activities of daily living was identified, associated with fractures, reduced mobility, and increased dependency. Recurrent falls compromised the physical,

psychological, social, and environmental domains of quality of life. **CONCLUSION:** Falls have significant repercussions on mortality, functionality, autonomy, and quality of life, underscoring the importance of prevention and continuous monitoring for highly vulnerable elderly individuals.

Keywords: Accidental Falls; Elderly; Morbidity; Mortality; Quality of Life.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro tem ocorrido de forma acelerada, ampliando a necessidade de atenção aos agravos associados à longevidade e à manutenção da capacidade funcional. O Censo Demográfico de 2022 registrou mais de 22 milhões de pessoas com 65 anos ou mais no país, correspondendo a 10,9% da população e representando crescimento de 57,4% em relação a 2010. Nesse contexto, as quedas assumem relevância epidemiológica por sua frequência e pelas repercussões produzidas sobre a saúde da população idosa (Segateli *et al*., 2025).

A ocorrência de quedas na velhice relaciona-se à interação de fatores intrínsecos e extrínsecos, incluindo alterações do equilíbrio, redução da força muscular, comprometimentos visuais, doenças crônicas, polifarmácia e inadequações ambientais. Em idosos acompanhados na Atenção Primária, características como idade avançada, sedentarismo, presença de comorbidades e alterações do equilíbrio corporal integram o perfil de vulnerabilidade para esse agravo. Essas condições tornam necessária a identificação epidemiológica dos grupos mais suscetíveis e dos fatores relacionados à ocorrência desses eventos (Souza *et al*., 2021; Conceição *et al*., 2021).

Além das lesões físicas, as quedas podem comprometer a autonomia, a independência e a participação do idoso nas atividades cotidianas, repercutindo sobre diferentes dimensões da qualidade de vida. Em inquérito realizado com idosos de Campinas, a prevalência de quedas nos 12 meses anteriores foi de 17,1%, sendo 53,3% dos principais episódios ocorridos no domicílio e 32,4% associados a prejuízo nas atividades diárias. Fraturas, dor, limitações funcionais, medo de novas quedas e consequências emocionais ampliam a importância desse evento para a morbidade na velhice (Paiva *et al*., 2021).

O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste em compreender qual é o perfil epidemiológico das quedas em idosos e como esses eventos repercutem na morbimortalidade e na qualidade de vida. A investigação justifica-se pela frequência desse agravo, pelo envelhecimento populacional e por suas consequências sobre autonomia, funcionalidade e sobrevida. Assim,

objetiva-se analisar o perfil epidemiológico das quedas em idosos e seus impactos na morbimortalidade e na qualidade de vida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, voltada ao perfil epidemiológico das quedas em idosos e às repercussões sobre morbimortalidade, capacidade funcional e qualidade de vida. Esse delineamento permitiu reunir produções com diferentes métodos e contextos, contemplando ocorrência de quedas, hospitalizações, óbitos e limitações funcionais.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE. Foram utilizados os descritores DeCS/MeSH Idoso (*Aged*), Acidentes por Quedas (*Accidental Falls*), Morbidade (*Morbidity*), Mortalidade (*Mortality*) e Qualidade de Vida (*Quality of Life*). Os termos foram combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a estrutura de busca de cada base.

Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2026, disponíveis em texto completo, em português ou inglês, relacionados às quedas em idosos, mortalidade, hospitalizações, incapacidade funcional ou qualidade de vida. Excluíram-se duplicatas, editoriais, cartas, resumos sem texto completo e materiais sem resultados próprios ou sem relação direta com o tema. Ao final, quatro artigos foram incluídos e um material foi excluído.

A seleção ocorreu por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos, seguida da organização das informações referentes ao perfil epidemiológico, mortalidade, internações, funcionalidade e qualidade de vida. Os dados foram submetidos à análise descritiva e temática, conforme os eixos definidos para a discussão. Por utilizar apenas fontes científicas publicadas, não houve participação direta de seres humanos. Como limitações, destacam-se o caráter narrativo, o número reduzido de artigos e a heterogeneidade metodológica das publicações.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção resultou na inclusão de quatro artigos científicos relacionados ao perfil epidemiológico das quedas, mortalidade, incapacidade funcional e qualidade de vida da população idosa, enquanto um arquivo foi excluído por não apresentar resultados próprios para a análise. As publicações selecionadas contemplaram pesquisas brasileiras e internacionais, permitindo abordar ocorrência, hospitalizações, óbitos e repercussões funcionais das quedas

No contexto epidemiológico brasileiro, Ribeiro *et al*. (2025) verificaram que as quedas corresponderam a 45,8% das mortes por causas externas entre idosos em Goiás, com maior impacto entre homens e pessoas com 80 anos ou mais. Novaes *et al*. (2023) também identificaram crescimento das internações e dos óbitos relacionados às quedas no Brasil. A aproximação entre esses resultados demonstra agravamento progressivo da morbimortalidade, especialmente nas faixas etárias mais avançadas.

As repercussões das quedas não se restringem às lesões imediatas. Adam *et al*. (2024) identificaram risco 42% maior de comprometimento das atividades de vida diária após a ocorrência do evento, com persistência da limitação funcional em parte dos idosos. Novaes *et al*. (2023) relacionaram esse agravo à redução da mobilidade, fraturas, hospitalizações e maior dependência de cuidados. Esses resultados aproximam a queda de um processo de perda funcional capaz de prolongar a morbidade após o episódio inicial.

Em relação à qualidade de vida, Yosef *et al*. (2026) verificaram que quedas recorrentes estiveram associadas à redução dos domínios físico, psicológico, social e ambiental, enquanto episódios isolados apresentaram maior relação com as dimensões física e psicológica. Adam *et al*. (2024) complementam essa perspectiva ao demonstrar persistência de limitações nas atividades cotidianas após a queda. Assim, a recorrência e o comprometimento funcional ampliam as repercussões do evento sobre independência, participação social e condições gerais de vida na velhice.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas em idosos configuram um agravo de maior gravidade nas faixas etárias avançadas, especialmente diante do crescimento das hospitalizações e dos óbitos relacionados a esses eventos. Além das consequências traumáticas imediatas, fraturas, redução da mobilidade e perda da capacidade para atividades cotidianas ampliam a dependência e comprometem a

autonomia. Dessa forma, o perfil epidemiológico identificado associa idade avançada a maior vulnerabilidade e a repercussões importantes sobre a morbimortalidade.

Quanto à qualidade de vida, a ocorrência de quedas compromete aspectos físicos e psicológicos, enquanto episódios recorrentes alcançam também as dimensões social e ambiental. A persistência das limitações funcionais após o evento interfere na independência, na participação social e na realização das atividades de vida diária. Nesse sentido, a contribuição deste trabalho concentra-se na integração entre mortalidade, incapacidade funcional e qualidade de vida, reforçando a necessidade de prevenção e acompanhamento contínuo dos idosos com maior risco.

O caráter narrativo da revisão, o número reduzido de publicações incluídas e a diversidade metodológica limitaram comparações mais amplas entre populações e contextos assistenciais. Pesquisas futuras devem incorporar amostras maiores, diferentes regiões e acompanhamento longitudinal, permitindo examinar recorrência, recuperação funcional e mortalidade ao longo do tempo. Recomenda-se ainda avaliar intervenções multidisciplinares, adaptações do ambiente domiciliar e estratégias de acompanhamento capazes de reduzir novas quedas e preservar a funcionalidade da população idosa.

REFERÊNCIAS

ADAM, Claire E. *et al*. The impact of falls on activities of daily living in older adults: a retrospective cohort analysis. **PLOS ONE**, v. 19, n. 1, e0294017, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294017. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0294017.

CONCEIÇÃO, Ana Claudia *et al*. Impactos e implicações dos acidentes por quedas na qualidade de vida dos idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, 2021. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-199. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/34140.

PAIVA, Mariana Mapelli de; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 3, p. 5099-5108, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.29902019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl3/5099-5108/pt/.

NOVAES, Areta Dames Cachapuz *et al*. Acidentes por quedas na população idosa: análise de tendência temporal de 2000 a 2020 e o impacto econômico estimado no sistema de saúde brasileiro em 2025. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3101-3110, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.15722022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/y3H93qVXYZHtfjpRnm4ykdd/?lang=pt.

RIBEIRO, Ana Beatriz de Freitas; OLIVEIRA, Max Moura de; ZARA, Ana Laura de Sene Amâncio. Mortalidade por causas externas em pessoas idosas no estado de Goiás, 2000-2021. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 28, e250005, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.250005.pt. Disponível em: https://new.scielo.br/j/rbgg/a/VZ9xTxYmWfXWVXKqCPPncKD/abstract/?ilang=en&lang=pt.

SEGATELI, Leonardo *et al*. Perfil epidemiológico da mortalidade por quedas entre idosos no Sudeste brasileiro: análise temporal de 2012 a 2023. **Saúde Coletiva**, v. 15, n. 93, p. 14410-14425, 2025. DOI:

https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14410-14425. Disponível em: https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3286.

SOUZA, Lílian Karine Machado de *et al*. Epidemiological profile and risk assessment of falls in elderly users of the Family Health Strategy. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20277. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/20277.

YOSEF, Tewodros *et al*. The association between one-year fall history and quality of life among older adults in the Geelong Osteoporosis Study: does fall frequency matter? **European Geriatric Medicine**, v. 17, p. 97-106, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s41999-025-01324-7. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01324-7.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS E OS DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

Valéria Silva da Costa[1]; Luan Cruz Barreto[2]; Benedito Caldeira Rodrigues Neto[3]; Larissa Alessandra da Costa Camapum[4]; Gilmara Fernanda Pereira Moura[5]; Karinny Michelle Alves Moreira[6]; Marília Aires Alves de Lima[7]; Alexandre Maslinkiewicz[8]; Juliane Cristine Konzen[9]; Kelly Cristina Encide de Vasconcelos Donadai[10].

[1] Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela UNESA - Universidade Estácio de Sá. E-mail: valeriasilvafisio@gmail.com
[2] Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Excelência (Unex). E-mail: luanb1215@gmail.com
[3] Graduando em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Esperança. E-mail: caldeirabenedito172@gmail.com
[4] Especialista em Clínica Médica pela UFC. E-mail: larissa.camapum@gmail.com
[5] Especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela Faculdade Única de Ipatinga. E-mail: fernandamoura2504@icloud.com
[6] Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Faculdade Nossa Senhora de Lourdes. E-mail: karinnymichelle@gmail.com
[7] Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Cultus. E-mail: mariliaairesalves@gmail.com
[8] Especialista em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: alexmaslin@ufpi.edu.br
[9] Especialista em UTI e Emergência pela Moinhos de Vento. E-mail: jukonzenenfa81@gmail.com
[10] Doutoranda em Ciências da Saúde e Comunicação Humana e Docente pela Universidade de Marilia- UNIMAR. E-mail: kelly_encide@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a PNAIPDR e os desafios relacionados à organização do cuidado no SUS. **MÉTODOS:** Revisão narrativa, qualitativa e descritivo-analítica, realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE. Foram selecionadas publicações de 2022 a 2025, com inclusão de quatro trabalhos e exclusão de um. **RESULTADOS:** A organização do cuidado apresentou espera prolongada por atendimento especializado, encaminhamentos sucessivos, baixa resolutividade da regulação, concentração regional dos serviços, limitações diagnósticas e insuficiência de registros epidemiológicos. Também foram identificados avanços na incorporação de medicamentos, atualização de protocolos e habilitação de serviços de referência, embora permanecessem desigualdades territoriais, falhas na integração assistencial e descontinuidade após o diagnóstico. **CONCLUSÃO:** A efetivação da política requer maior articulação entre atenção primária, regulação e serviços especializados, continuidade do acompanhamento e qualificação profissional. O trabalho contribui ao delimitar fragilidades organizacionais que interferem na integralidade do cuidado e na capacidade de resposta do SUS.

Palavras-chave: Atenção Integral à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Doenças Raras; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the PNAIPDR and the challenges related to the organization of care within the SUS. **METHODS:** A narrative, qualitative, and descriptive-analytical review was conducted using the BVS, LILACS, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. Publications from 2022 to 2025 were selected; four studies were included, and one was excluded. **RESULTS:** The organization of care was characterized by prolonged waits for specialized consultations, successive referrals, low resolution rates in the patient regulation system, regional concentration of services,

diagnostic limitations, and insufficient epidemiological records. Advances were also identified regarding the incorporation of medications, the updating of protocols, and the accreditation of reference services; however, territorial inequalities, gaps in care integration, and a lack of continuity following diagnosis persisted. **CONCLUSION:** Effective implementation of the policy requires greater coordination among primary care, the regulation system, and specialized services, as well as continuity of follow-up and professional training. This study contributes by identifying organizational weaknesses that hinder comprehensive care and the response capacity of the SUS.

Keywords: Comprehensive Health Care; Access to Health Services; Rare Diseases; Health Policy; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

As doenças raras constituem um conjunto heterogêneo de condições que, apesar da baixa prevalência individual, assumem relevância para a saúde pública quando consideradas coletivamente, sobretudo pelo caráter crônico, progressivo e incapacitante de grande parte dessas enfermidades. Estima-se a existência de aproximadamente 7 mil doenças raras, responsáveis por acometer entre 5% e 6% da população mundial e cerca de 13 milhões de brasileiros, sendo aproximadamente 80% associadas a causas genéticas e frequentemente manifestadas ainda na infância (Aquino; Silva; Novaes, 2025).

No Brasil, a atenção direcionada a essa população adquiriu um marco regulatório específico com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), em 2014, destinada a organizar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecer diretrizes para o acesso aos serviços. A política incorporou ao campo das doenças raras os princípios da universalidade e da integralidade, estruturando uma proposta de cuidado que envolve diagnóstico, tratamento e acompanhamento conforme as necessidades apresentadas pelos usuários ao longo de seus itinerários assistenciais (Brasil, 2014; Pascarelli; Pereira, 2022).

A organização desse cuidado pressupõe articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços especializados, uma vez que a linha assistencial das pessoas com doenças raras deve acompanhar o usuário desde a identificação inicial das necessidades até o seguimento longitudinal. Nesse percurso, a atenção primária ocupa posição relevante como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com atribuições relacionadas à promoção da saúde, identificação precoce, encaminhamento oportuno e coordenação do cuidado, o que demanda profissionais preparados para reconhecer e acompanhar condições genéticas e raras (Cardoso Júnior; Aragão; Bueno, 2023).

O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste em compreender quais fatores dificultam a organização do cuidado às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS, especialmente quanto à articulação entre os níveis de atenção, à qualificação profissional e ao acesso aos recursos necessários à assistência. A investigação justifica-se pela necessidade de compreender aspectos que interferem na concretização da atenção integral prevista pela política, tendo como objetivo analisar a PNAIPDR e os desafios relacionados à organização do cuidado no SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, voltada à PNAIPDR e à organização do cuidado no SUS. Esse delineamento permitiu reunir publicações sobre rede assistencial, itinerários terapêuticos, acesso ao diagnóstico, medicamentos e estruturação dos serviços, em consonância com os eixos desenvolvidos nos resultados e discussão.

A busca foi realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO e PubMed/MEDLINE, utilizando cinco descritores DeCS/MeSH: Doenças Raras (*Rare Diseases*); Sistema Único de Saúde (*Unified Health System*); Política de Saúde (*Health Policy*); Atenção Integral à Saúde (*Comprehensive Health Care*); e Acesso aos Serviços de Saúde (*Health Services Accessibility*). Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a relação entre os termos e o objeto investigado.

Foram incluídas publicações entre 2022 e 2025, disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol e relacionadas à PNAIPDR, organização da rede, itinerários assistenciais ou acesso aos recursos terapêuticos. Excluíram-se duplicatas, textos incompletos e publicações sem relação direta com a temática. Após leitura de títulos, resumos e textos completos elegíveis, quatro publicações foram incluídas e uma excluída, conforme o quantitativo apresentado nos resultados.

A análise ocorreu mediante leitura integral e comparativa das publicações, com extração de autoria, ano, objeto e principais contribuições para a organização do cuidado. Os conteúdos foram agrupados conforme articulação entre níveis assistenciais, regulação, continuidade do cuidado, informações epidemiológicas, distribuição dos serviços especializados e acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos, permitindo a construção da síntese narrativa e o confronto entre os achados.

Por utilizar exclusivamente documentos científicos de acesso público, sem participação direta de seres humanos ou dados identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações metodológicas, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o reduzido número de publicações incluídas, a heterogeneidade dos trabalhos, a delimitação temporal da busca e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica e do risco de viés.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção das publicações resultou na inclusão de quatro trabalhos diretamente relacionados à PNAIPDR e aos desafios para a organização do cuidado, enquanto uma publicação foi excluída por não atender aos critérios estabelecidos para composição da análise. Os trabalhos selecionados abordaram organização da rede assistencial, itinerários terapêuticos, reconhecimento das doenças raras contempladas pelo SUS e acesso aos medicamentos. Esses enfoques permitiram discutir dificuldades relacionadas à continuidade da assistência, regulação, planejamento dos serviços e integralidade do cuidado.

Carvalho e Llerena junior (2025) registraram espera prolongada para atendimento em genética, sucessivos encaminhamentos e baixa resolutividade da regulação, levando familiares a assumir parte da condução terapêutica. Santos *et al*. (2025) relacionaram essas dificuldades à concentração regional dos serviços, à carência de profissionais e às limitações diagnósticas. Assim, a existência de centros especializados não garante continuidade quando atenção primária, regulação e atenção especializada permanecem pouco articuladas.

Cunico e Leite (2022) identificaram 56 doenças raras contempladas por tratamentos em documentos oficiais do SUS, porém constataram ausência de consenso e de registros epidemiológicos capazes de orientar sua atualização. Santos *et al*. (2025) acrescentaram que essa deficiência compromete o planejamento, a distribuição de recursos e a avaliação da política. A organização do cuidado, portanto, exige informações sistematizadas para definir prioridades e estruturar fluxos conforme as necessidades territoriais.

Cunico *et al*. (2023) verificaram ampliação da incorporação de medicamentos, atualização de protocolos e habilitação de 19 serviços de referência até 2020, embora persistissem desigualdade geográfica e falhas de integração assistencial. Carvalho e Llerena junior (2025) também identificaram descontinuidade de especialidades e terapias após o diagnóstico. Essa convergência

demonstra que a efetivação da PNAIPDR depende de coordenação longitudinal e oferta contínua de recursos diagnósticos e terapêuticos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da PNAIPDR apontou que a organização do cuidado no SUS ainda apresenta fragilidades na articulação entre a APS, a regulação e os serviços especializados. Apesar dos avanços na incorporação de medicamentos, atualização de protocolos e habilitação de serviços de referência, persistem espera prolongada, encaminhamentos sucessivos, desigualdade territorial e descontinuidade após o diagnóstico. Dessa forma, a existência da política não assegura, isoladamente, a integralidade e a continuidade da assistência às pessoas com doenças raras.

A efetivação da PNAIPDR requer maior articulação dos fluxos assistenciais, continuidade do acompanhamento e fortalecimento da coordenação entre os níveis de atenção. A insuficiência de informações epidemiológicas compromete o planejamento e a distribuição de recursos, enquanto lacunas na qualificação profissional dificultam o reconhecimento e o encaminhamento oportuno. Nesse sentido, o trabalho contribui ao delimitar aspectos da organização assistencial que necessitam de aprimoramento para reduzir a fragmentação do cuidado e ampliar a capacidade de resposta do SUS.

Entre as limitações, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o número reduzido de publicações, a heterogeneidade dos trabalhos, a delimitação temporal e a ausência de avaliação formal do risco de viés. Recomenda-se que pesquisas futuras avaliem a implementação da PNAIPDR em diferentes regiões brasileiras, considerando tempos de espera, continuidade após o diagnóstico e integração entre os níveis assistenciais. Também se recomenda investigar a distribuição dos serviços especializados e estratégias de qualificação profissional capazes de fortalecer a atenção integral às pessoas com doenças raras.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Fábio Oliveira; SILVA, Ricardo Eccard; NOVAES, Maria Rita. Public policies for rare diseases in Brazil: regulatory path, challenges in research and access to orphan drugs. **Journal of Health & Pharmacy and Health Services**, v. 16, n. 3, 2025. DOI: https://doi.org/10.30968/jhphs.2025.163.1300. Disponível em: https://jhphs.org/sbrafh/article/view/1300.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/doencas-raras/legislacao/portaria-no-199-de-30-de-janeiro-de-2014.

CARDOSO JÚNIOR, Laércio Moreira; ARAGÃO, Mariana Machado; BUENO, Larissa Souza Mario. Formação de um residente de Medicina de Família e Comunidade no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, 2023. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3155. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3155.

CUNICO, Cássia; VICENTE, Geison; LEITE, Silvana Nair. Initiatives to promote access to medicines after publication of the Brazilian Policy on the Comprehensive Care of People with Rare Diseases. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 18, art. 259, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s13023-023-02881-5. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13023-023-02881-5.

CUNICO, Cássia; LEITE, Silvana Nair. Rare diseases: proposition of a list based on the Brazilian Health System. **Expert Opinion on Orphan Drugs**, v. 10, n. 1, p. 28-33, 2022. DOI: https://doi.org/10.1080/21678707.2022.2134008. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21678707.2022.2134008.

CARVALHO, Maria Beatriz Andrade Fontoura de; LLERENA JUNIOR, Juan Clinton. Itinerários terapêuticos de pacientes com doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.07652023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YjgmzqzgB6swfbTfBngfrgJ/?lang=pt.

PASCARELLI, Dhiogo Bayma Nespolo; PEREIRA, Éverton Luís. Doenças raras no Congresso Nacional brasileiro: análise da atuação parlamentar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, e00167721, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT167721. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n6/e00167721/.

SANTOS, Victor Matheus de Santana *et al*. Políticas públicas para doenças raras no Brasil: avanços, desafios e lições internacionais. **In: Pesquisa e Ações em Saúde Pública**. Ed. XXIV. [S. l.]: Editora Pasteur, 2025. ISBN 978-65-6029-273-4. DOI: https://doi.org/10.59290/2101092500. Disponível em: https://editorapasteur.com.br/publicacoes/capitulo/?doi=10.59290%2F2101092500.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

DESIGUALDADES TERRITORIAIS NO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: INFLUÊNCIA SOBRE O TEMPO DE ESPERA PELOS SERVIÇOS

Natália Dantas Guedes[1]; Mariana dos santos capote Alves[2]; Hellen Victoria Xavier Santos[3] Simone da Silva Cavalcante Bulhões[4]; Igor Souza de Assis[5]; Maria Isabelle Nogueira de Souza[6]; Jaciane Da Cruz Barreto[7]; Thayane da Silva Corrêa[8]; Renata de Laura Pereira[9]; Tatiana Faustino Cesario[10]

[1]Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Amazonas, Brasil. E-mail: nutri.nataliagdantas@gmail.com
[2]Anhanguera Educacional, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mari.capote@icloud.com
[3]Centro Universitário Facol (Unifacol), Pernambuco, Brasil. E-mail: hellenvitoriaxavier@gmail.com
[4]Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: simonescbulhoes@hotmail.com
[5]Universidade Paulista (UNIP), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: igor_assis87@yahoo.com.br
[6]Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. E-mail: isabellenogueira712@gmail.com
[7]Faculdade Estácio de Macapá, Amapá, Brasil. E-mail: jacicruz00@gmail.com
[8]Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Brasil. E-mail: thayanescorrea@gmail.com
[9]Faculdade Metropolitana de Franca (FAMEF), São Paulo, Brasil. E-mail: Re_delaura@yahoo.com.br
[10]Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tatianafaustino0512@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as desigualdades territoriais no acesso à atenção especializada no SUS e sua influência sobre o tempo de espera pelos serviços. **MÉTODOS:** Revisão narrativa, qualitativa e descritivo-analítica, realizada nas bases SciELO, BVS, LILACS, BDENF, MEDLINE e PubMed. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH: “Acesso aos Serviços de Saúde” (*Health Services Accessibility*), “Atenção Secundária à Saúde” (*Secondary Care*), “Listas de Espera” (*Waiting Lists*), “Regionalização da Saúde” (*Regional Health Planning*) e “Sistema Único de Saúde” (*Unified Health System*), combinados por *AND* e *OR*. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro artigos foram incluídos. **RESULTADOS:** Identificaram-se desigualdades na infraestrutura, disponibilidade de profissionais e capacidade instalada, relacionadas à demanda reprimida e ao acesso tardio. Fragilidades na regionalização, comunicação e regulação dificultaram o atendimento oportuno. Houve maior frequência de filas em oftalmologia, ortopedia, neurologia e cardiologia. Em experiência municipal, ocorreu redução de 39% no tempo médio de espera e de 44% na fila de exames, enquanto a fila de consultas aumentou 38%. **CONCLUSÃO:** As desigualdades territoriais e regulatórias interferem nas filas e no tempo de espera, exigindo adequação da oferta, fortalecimento da regionalização e qualificação dos fluxos assistenciais para ampliar a equidade e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Listas de Espera; Regionalização da Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze territorial inequalities in access to specialized care within the Unified Health System (SUS) and their influence on service waiting times. **METHODS:** A narrative, qualitative, and descriptive-analytical review was conducted using the SciELO, BVS, LILACS, BDENF, MEDLINE, and PubMed databases. The following DeCS/MeSH descriptors were used: "Health Services Accessibility," "Secondary Care," "Waiting Lists," "Regional Health Planning," and "Unified Health System," combined using the operators AND and OR. After reviewing titles, abstracts, and full texts, four articles were included. **RESULTS:** Inequalities regarding infrastructure, professional availability, and installed capacity were identified, linked to pent-up demand and delayed access. Weaknesses in regionalization, communication, and regulation hindered timely care. Waiting lists were most frequent in ophthalmology, orthopedics, neurology, and cardiology. In a municipal case study, there was a 39% reduction in average waiting time and a 44% reduction in the diagnostic test waiting list, whereas the consultation waiting list increased by 38%. **CONCLUSION:** Territorial and regulatory inequalities affect waiting lists and waiting times, requiring adjustments to service supply, the strengthening of regionalization, and the optimization of care pathways to enhance equity and continuity of care.

Keywords: Access to Health Services; Secondary Health Care; Waiting Lists; Health Regionalization; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, entretanto a efetivação do acesso à atenção especializada permanece condicionada à organização e à disponibilidade dos serviços nos diferentes territórios. A crescente demanda por consultas e procedimentos especializados, associada às limitações estruturais e organizacionais da rede, contribui para a formação de filas e amplia o intervalo entre o encaminhamento e o atendimento, com possíveis repercussões sobre a continuidade do cuidado (Meneses *et al*., 2026; Pimentel *et al*., 2026).

A distribuição geográfica dos serviços constitui uma dimensão importante do acesso, especialmente quando a população necessita deslocar-se para outros municípios em busca de assistência. No Estado do Rio de Janeiro, a proporção de gestantes que precisaram realizar deslocamentos intermunicipais aumentou de 15,9% para 21,5%, enquanto o tempo médio de

deslocamento passou de 76,4 para 96,1 minutos, demonstrando a existência de diferenças territoriais na acessibilidade aos serviços de saúde (Felipe *et al*., 2024).

Além da localização dos serviços, a organização da regulação interfere na relação entre a Atenção Primária à Saúde e os demais níveis assistenciais, sobretudo diante das filas para exames e consultas de média complexidade. Em investigação realizada com 102 usuários que aguardavam procedimentos especializados, foram considerados aspectos relacionados ao tempo de espera, à organização do atendimento e à resolutividade, reforçando a relevância dos mecanismos regulatórios para ordenar os encaminhamentos e favorecer a continuidade assistencial (Teixeira *et al*., 2026).

Nesse contexto, o problema de pesquisa concentra-se na permanência de desigualdades territoriais na oferta e no acesso à atenção especializada do SUS e em sua influência sobre o tempo de espera pelos serviços. A investigação justifica-se pela necessidade de compreender como localização, distribuição da oferta, deslocamento e organização regional podem produzir diferentes oportunidades de atendimento; assim, objetiva-se analisar as desigualdades territoriais no acesso à atenção especializada no SUS e sua influência sobre o tempo de espera pelos serviços.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, voltada às desigualdades territoriais no acesso à atenção especializada no SUS. Foram consideradas publicações relacionadas à distribuição da oferta, regulação assistencial, regionalização e tempo de espera, em consonância com o objetivo proposto e com os aspectos desenvolvidos nos resultados e discussão.

A busca foi realizada nas bases SciELO, BVS, LILACS, BDENF, MEDLINE e PubMed, utilizando descritores DeCS/MeSH: “Acesso aos Serviços de Saúde” (*Health Services Accessibility*), “Atenção Secundária à Saúde” (*Secondary Care*), “Listas de Espera” (*Waiting Lists*), “Regionalização da Saúde” (*Regional Health Planning*) e “Sistema Único de Saúde” (*Unified Health System*). Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, relacionados à atenção especializada, regulação, desigualdades territoriais, regionalização e tempo de espera no SUS. Excluíram-se duplicatas, editoriais, cartas, resumos de eventos e publicações sem

relação direta com o tema. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro artigos compuseram a análise final, conforme apresentado nos resultados.

A análise ocorreu por leitura integral e interpretação descritiva das publicações, considerando distribuição territorial dos serviços, capacidade instalada, regulação, articulação entre níveis assistenciais, filas e tempo de espera. Por utilizar dados secundários de acesso público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica e o número reduzido de estudos incluídos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção final reuniu quatro publicações, todas mantidas após a leitura integral por apresentarem relação direta com acesso, regulação, organização territorial ou tempo de espera na atenção especializada do SUS. O conjunto contemplou aspectos referentes à organização da regulação, às desigualdades entre macrorregiões, à distribuição da oferta especializada e às variações observadas nas filas e nos tempos de espera.

A distribuição territorial da oferta interfere diretamente nas condições de acesso aos serviços especializados. Sellera *et al.* (2026) identificaram déficit de infraestrutura, carência de profissionais e insuficiência da capacidade instalada em diferentes macrorregiões, situação que levou alguns territórios à contratação de serviços externos. Giannotti *et al.* (2026) relacionaram a oferta deficitária e a distribuição desigual de serviços, equipamentos e profissionais à manutenção da demanda reprimida e ao acesso tardio à atenção especializada.

A forma de organização da regulação também modifica as oportunidades de ingresso na atenção especializada. Gomes e Melo (2023) identificaram maior proximidade entre solicitantes e reguladores após a descentralização para a Atenção Primária, mas registraram competição por vagas, baixa comunicação entre os serviços e fragilidade da regionalização. Giannotti *et al.* (2026) acrescentaram que os mecanismos regulatórios permanecem limitados diante da fragmentação assistencial, dificultando a garantia de acesso equânime e em tempo oportuno.

As diferenças territoriais também aparecem na composição das filas e no tempo necessário para obtenção do atendimento. Sellera *et al.* (2026) registraram maior frequência de filas em oftalmologia, ortopedia, neurologia e cardiologia entre as macrorregiões. Britto *et al.* (2025), no Rio de Janeiro, encontraram redução de 39% no tempo médio de espera e de 44% na fila de exames, ao

mesmo tempo em que as consultas apresentaram aumento de 38% na fila, mostrando que a ampliação da oferta não produz resposta uniforme entre especialidades e modalidades assistenciais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades territoriais influenciam o acesso à atenção especializada no SUS ao produzir diferenças na disponibilidade de serviços, profissionais e capacidade instalada entre regiões. Essa configuração interfere na formação das filas e no intervalo entre o encaminhamento e o atendimento, especialmente em territórios cuja oferta especializada não corresponde às necessidades assistenciais da população.

O tempo de espera também está relacionado à organização da regulação e à articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados. A proximidade entre solicitantes e reguladores pode favorecer o encaminhamento, porém a insuficiência de vagas, a fragmentação da assistência e as dificuldades de comunicação entre os serviços permanecem como obstáculos ao acesso em tempo oportuno. As diferenças verificadas entre consultas, exames e especialidades demonstram ainda que a ampliação da oferta pode produzir efeitos distintos conforme a modalidade assistencial.

No âmbito da gestão, torna-se necessário adequar a oferta especializada às necessidades de cada território, fortalecer a regionalização, qualificar os mecanismos regulatórios e acompanhar sistematicamente as filas e os tempos de espera. A contribuição deste trabalho consiste em demonstrar que a redução das desigualdades de acesso exige atuação conjunta sobre distribuição territorial dos recursos, capacidade assistencial e organização dos fluxos entre os níveis de atenção, aspectos diretamente relacionados à continuidade do cuidado.

O caráter narrativo da revisão, a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica e o número reduzido de publicações incluídas constituem limitações deste trabalho. Recomenda-se que futuras pesquisas comparem municípios e macrorregiões, contemplem diferentes especialidades e mensurem conjuntamente oferta, demanda, deslocamentos e tempo de espera. Também são necessárias avaliações de intervenções regulatórias e de ampliação da capacidade instalada, permitindo identificar quais medidas apresentam maior potencial para reduzir filas e diferenças territoriais no acesso à atenção especializada.

REFERÊNCIAS

BRITTO, Fernanda Adães *et al*. Novos caminhos para a atenção especializada no Município do Rio de Janeiro, Brasil: resultados do Super Centro Carioca de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 7, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.18782024. Disponível em: https://scielo.br/j/csc/a/yZgdRHpyh9bJrvKGqQQ3YKQ/?ilang=pt_BR&lang=pt.

FELIPE, Lucas Lopes *et al*. Desigualdades regionais no acesso ao parto hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: redes de deslocamento, distância e tempo (2010-2019). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT064423. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/rmkMbfh7JvfmySR8v4gPGwN/?lang=pt.

GIANNOTTI, Elaine Maria *et al*. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e07562024, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.07562024. Disponível em: https://scielo.br/j/csc/a/KvC7hcBqGDqxCCXGV5L3D8D/?ilang=pt_BR&lang=pt.

GOMES, Gustavo Graça; MELO, Eduardo Alves. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33012, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/kTnZZdQNYXqQWcjHr4B5Snh/?lang=pt.

MENESES, Herica Francine Pinto *et al*. Tempo de espera para consultas especializadas no Sistema Único de Saúde: desafios estruturais e implicações para o acesso ao cuidado. **Revista Regeo - Interdisciplinar**, v. 17, n. 2, 2026. DOI: https://doi.org/10.56238/revgeov17n2-101. Disponível em: https://revistageo.com.br/revgeo/pt_BR/article/view/1619.

PIMENTEL, Waldimila Rocha *et al*. Desigualdades territoriais no acesso à atenção especializada no Sistema Único de Saúde e sua relação com o tempo de espera, a continuidade do cuidado e os desfechos assistenciais. **Veredas do Direito**, v. 23, n. 16, 2026. DOI: https://doi.org/10.18623/rvd.v23.8315. Disponível em: https://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/8315.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes *et al*. Inequalities and regional planning: situational diagnosis of the SUS Digital Program. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 5, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026315.00352026EN. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/z6kYMGRkKryv7Lsv6HLHyzg/?lang=en.

TEIXEIRA, Geovana Rola *et al*. Influência da regulação de serviços especializados na resolutividade da atenção primária. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 7, n. 6, 2026. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8130. Disponível em: https://recima21.com.br/recima21/pt_BR/article/view/8130.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: PRIORIZAÇÃO CLÍNICA E ORGANIZAÇÃO DAS FILAS DE ESPERA

Eliene Sousa da Silva[1]; Maria de Jesus Araújo Aguiar Oliveira[2]; Simone da Silva Cavalcante Bulhões[3] Hellen Victoria Xavier Santos[4]; Thaís Fernandes do Ramo[5]; Júlia Leite Cechinato[6]; Juliane Cristine konzen[7]; Maria Isis da Silva Costa[8]; Lamarck do Vale Oliveira[9]; Andreia Rosa da Rocha[10]

[1]Universidade do Estado do Pará (UEPA), Pará, Brasil. E-mail: elienetbeg@gmail.com
[2]Faculdade Ibiapaba, Ceará, Brasil. E-mail: marijesusaguiar@gmail.com
[3]Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: simonescbulhoes@hotmail.com
[4]Centro Universitário Facol (Unifacol), Pernambuco, Brasil. E-mail: hellenvitoriaxavier@gmail.com
[5]Centro Universitário Unifacisa, Paraíba, Brasil. E-mail: thaisfernandesdoramo@gmail.com
[6]Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO), Brasil. E-mail: julialeitecechinato@gmail.com
[7]Faculdade Moinhos de vento, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jukonzenenfa81@gmail.com
[8]Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará, Brasil. E-mail: mariaisiscosta@yahoo.com.br
[9]Centro Universitário Internacional (UNINTER), Santa Catarina, Brasil. E-mail: lamarck.oliveirav@gmail.com
[10]Faculdade Prominas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: andreyarosa@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a regulação do acesso à atenção especializada no SUS, com ênfase na priorização clínica e na organização das filas de espera. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada nas bases BVS/LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed/MEDLINE. Foram empregados cinco descritores DeCS/MeSH "Acesso aos Serviços de Saúde"/"*Health Services Accessibility*", "Listas de Espera"/"*Waiting Lists*", "Atenção Primária à Saúde"/"*Primary Health Care*", "Encaminhamento e Consulta"/"*Referral and Consultation*" e "Regulação e Fiscalização em Saúde"/"*Health Regulation and Oversight*", combinados pelos operadores *AND* e *OR*. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, quatro publicações compuseram a análise, realizada mediante leitura integral e síntese narrativa. **RESULTADOS:** A telerregulação reduziu em 79% o tempo de espera dos casos de alta prioridade e em 26% o período médio para autorização. A reorganização territorial ampliou pequenas cirurgias de 60 para 1.256 procedimentos em 12 meses, além de favorecer consultas especializadas. Persistiram, contudo, limitações relacionadas à oferta de vagas, acompanhamento dos encaminhamentos e desigualdades de acesso. **CONCLUSÃO:** A regulação associada à priorização clínica, integração entre serviços e organização territorial pode qualificar as filas e favorecer maior equidade e oportunidade no acesso especializado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Encaminhamento e Consulta; Listas de Espera; Regulação e Fiscalização em Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the regulation of access to specialized care within the SUS (Unified Health System), focusing on clinical prioritization and the organization of waiting lists. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and descriptive nature was conducted using the BVS/LILACS, MEDLINE, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. Five DeCS/MeSH descriptors were employed—"Health Services Accessibility," "Waiting Lists," "Primary Health Care," "Referral and Consultation," and "Health Regulation and Oversight"—combined using the operators AND and OR. After applying eligibility criteria, four publications were included in the analysis, which was performed through full-text reading and narrative synthesis. **RESULTS:** Tele-regulation reduced waiting times for high-priority cases by 79% and the average authorization period by 26%. Territorial reorganization increased the volume of minor surgeries from 60 to 1,256 procedures over 12 months and facilitated access to specialist consultations. However, limitations persisted regarding the availability of appointment slots, the monitoring of referrals, and inequalities in access. **CONCLUSION:** Regulation combined with clinical prioritization, service integration, and territorial organization can improve the management of waiting lists and foster greater equity and timeliness in access to specialized care.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Referral and Consultation; Waiting Lists; Health Regulation and Oversight.

1 INTRODUÇÃO

A atenção especializada constitui componente estratégico das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por reunir consultas, exames e procedimentos necessários à continuidade do cuidado iniciado, em grande parte, na Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, o acesso aos serviços de média complexidade permanece entre os principais pontos de estrangulamento do sistema, diante da oferta insuficiente, da distribuição desigual dos serviços e da formação de filas e demanda reprimida, condições que podem comprometer o atendimento em tempo oportuno (Giannotti *et al.*, 2026).

Nesse cenário, a regulação do acesso tem a finalidade de organizar os fluxos assistenciais e aproximar a demanda existente da capacidade de oferta dos serviços especializados, utilizando centrais de regulação, protocolos clínicos e sistemas informatizados (Giannotti, Louvison e Chioro, 2026). A priorização clínica integra esse processo ao permitir que o acesso não seja definido somente pela ordem cronológica das solicitações, mas também por critérios relacionados ao risco, à

vulnerabilidade e às necessidades de saúde, buscando maior equidade na utilização dos recursos disponíveis (Silva *et al*., 2026).

A realização deste estudo justifica-se pela persistência das dificuldades de acesso à atenção especializada e pela necessidade de compreender como a organização das filas pode incorporar critérios clínicos capazes de reduzir desigualdades e favorecer respostas mais adequadas às necessidades dos usuários. A relevância do tema também se relaciona à heterogeneidade existente entre os territórios brasileiros e aos desafios de articulação entre atenção primária, centrais reguladoras e serviços especializados, especialmente diante das limitações de oferta e da necessidade de utilização racional dos recursos assistenciais (Melo *et al*., 2021).

Diante disso, estabelece-se como problema de pesquisa compreender de que maneira a regulação do acesso pode contribuir para a organização das filas de espera na atenção especializada do SUS, considerando a priorização clínica, a equidade e a oportunidade do atendimento. A delimitação desse problema permite examinar a regulação não apenas como mecanismo administrativo de distribuição de vagas, mas como componente da organização assistencial. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a regulação do acesso à atenção especializada no SUS, com ênfase na priorização clínica e na organização das filas de espera.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, estruturada a partir da seleção de publicações relacionadas à regulação do acesso à atenção especializada no Sistema Único de Saúde. O delineamento possibilitou reunir diferentes experiências envolvendo telerregulação, descentralização da regulação, priorização clínica e reorganização da oferta assistencial.

As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo LILACS e MEDLINE, além da SciELO e da PubMed/MEDLINE. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH: “Acesso aos Serviços de Saúde”/“*Health Services Accessibility*”, “Listas de Espera”/“*Waiting Lists*”, “Atenção Primária à Saúde”/“*Primary Health Care*”, “Encaminhamento e Consulta”/“*Referral and Consultation*” e “Regulação e Fiscalização em Saúde”/“*Health Regulation and Oversight*”, combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, relacionados à regulação do acesso especializado, priorização clínica, organização das filas, telerregulação e integração entre Atenção Primária, regulação e serviços especializados. Excluíram-se duplicatas, resumos sem texto completo, editoriais e publicações sem relação direta com a temática. Ao final, quatro publicações científicas foram incluídas e uma foi excluída, conforme apresentado nos resultados.

A análise ocorreu mediante leitura integral e síntese narrativa dos textos selecionados, considerando contexto, estratégias regulatórias, organização da demanda e repercussões sobre o acesso. Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o número reduzido de publicações incluídas, a heterogeneidade metodológica e a concentração das experiências em contextos específicos do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção resultou na inclusão de quatro publicações científicas e exclusão de um arquivo, por não apresentar resultados próprios compatíveis com a síntese proposta. As publicações abordaram regulação em Recife, Aquiraz e Rio de Janeiro, além da organização das listas de espera na atenção ambulatorial especializada. Foram contempladas telerregulação, descentralização para a APS, priorização clínica e reorganização territorial da oferta. Esses eixos permitiram discutir mecanismos distintos de gestão do acesso especializado no SUS.

Araújo *et al*. (2023) registraram redução de 79% no tempo de espera dos casos de alta prioridade e de 26% no período médio necessário para autorização, demonstrando maior resposta regulatória aos usuários clinicamente prioritários. Entretanto, o acompanhamento das solicitações devolvidas às UBS apresentou fragilidades e parte significativa permaneceu retida no sistema. Gomes e Melo (2023) identificaram problema semelhante na articulação assistencial, pois a maior proximidade entre solicitante e regulador ampliou a coordenação, mas coexistiu com competição por vagas e desigualdades de acesso.

Albuquerque e Moreira (2024) adotaram outra estratégia ao direcionar a oferta especializada para localidades com maior demanda reprimida e vulnerabilidade territorial. Em 12 meses, as pequenas cirurgias passaram de 60 para 1.256 procedimentos, acompanhadas de 703 consultas cardiológicas e 400 dermatológicas ao ano. Araújo *et al*. (2023), em contraste, registraram aumento de 14% no número de encaminhamentos mantidos em fila durante o Regula+ Brasil. A comparação mostra que ampliar a capacidade regulatória precisa estar articulado à disponibilidade efetiva de serviços e à resposta da rede aos encaminhamentos autorizados.

Giannotti, Louvison e Chioro (2025) sustentam que a posição do usuário na lista não deve depender exclusivamente da ordem cronológica, mas considerar gravidade, risco e vulnerabilidade, especialmente quando a demora pode comprometer a oportunidade terapêutica. Gomes e Melo (2023) demonstraram, contudo, que a classificação clínica ocorre em um cenário de oferta limitada, no qual profissionais reguladores também administram a escassez de vagas. Desse modo, critérios clínicos consistentes, transparência da fila e comunicação entre APS, regulação e serviço especializado tornam-se componentes diretamente relacionados à equidade do acesso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação do acesso à atenção especializada mostrou-se relevante para ordenar as filas de espera no Sistema Único de Saúde, especialmente quando incorpora critérios de gravidade, risco e vulnerabilidade. Dessa forma, o problema de pesquisa foi respondido ao se identificar que a organização do acesso depende da articulação entre priorização clínica, disponibilidade assistencial e necessidades dos usuários, e não apenas da ordem cronológica das solicitações.

A redução do tempo de espera entre casos prioritários e a ampliação de procedimentos após reorganização da oferta demonstraram que intervenções regulatórias podem melhorar o acesso. Entretanto, a permanência de encaminhamentos retidos, dificuldades no acompanhamento das solicitações e competição por vagas evidenciam que a regulação precisa estar associada à capacidade efetiva da rede em absorver a demanda especializada.

A contribuição deste estudo está em reforçar a compreensão da fila de espera como parte de um processo assistencial que envolve Atenção Primária à Saúde, centrais reguladoras e serviços

especializados. A adoção de critérios clínicos consistentes, maior transparência das filas e melhor comunicação entre os pontos da rede podem favorecer maior equidade e oportunidade no cuidado, além de subsidiar decisões de gestão relacionadas à organização da oferta.

Como limitações, destacam-se o número reduzido de publicações incluídas, a heterogeneidade metodológica e a concentração das experiências em contextos específicos do SUS. Recomenda-se que pesquisas futuras contemplem diferentes regiões, acompanhem longitudinalmente os usuários e avaliem indicadores como tempo de espera, conclusão dos encaminhamentos, absenteísmo, redistribuição de prioridades e desfechos clínicos relacionados à demora no acesso.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisca Eridan Fonteles; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Plano de intervenção para garantia do acesso à atenção especializada no município de Aquiraz. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 28, n. 2, 2024. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-11113. Disponível em: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-11113.

ARAÚJO, Michelle da Silva de *et al*. Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial em uma capital brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009623. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009623.

GIANNOTTI, Elaine Maria *et al*. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e07562024, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.07562024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.07562024.

GIANNOTTI, Elaine Maria; LOUVISON, Marília; CHIORO, Arthur. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, e00220724, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT220724. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT220724.

GIANNOTTI, Elaine Maria; LOUVISON, Marilia Cristina Prado; CHIORO, Arthur. Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 35, n. 1, e240665pt, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902026240665pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902026240665pt.

GOMES, Gustavo Graça; MELO, Eduardo Alves. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33012, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012.

MELO, Eduardo Alves *et al*. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310109, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109.

SILVA, Thais Barros Zanette da *et al*. Acesso à atenção ambulatorial especializada: análise da regulação em cenários brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 60, e19, 2026. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2026060007411. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2026060007411.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Veronica do Carmo Santos Gomes[1]; Jociane Sinflório Santana[2]; Marina Lima Mello[3]; Eva Gabriele Gomes de Almeida[4]; Jaciane Da Cruz Barreto[5]; Marilia Barreiro Rufino de Almeida[6]; Michele Santos de Araújo Ferreira [7]; Maria Aparecida Ferreira Cardoso de Jesus[8]; Bruno Ferreira Menezes[9]; Brigila Rafaela Do Nascimento Oliveira[10]

[1]Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: veronica.hud@hotmail.com
[2]Universidade Salgado de Oliveira, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jocianessantana@gmail.com
[3]Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil. E-mail: mellomarina1305@gmail.com
[4]Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera, Minas Gerais, Brasil. E-mail: engenheiraevagabriele@gmail.com
[5] Faculdade Estacio, Amapá, Brasil. E-mail: jacicruz00@gmail.com
[6]Universidade Facuminas, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mbrufino@yahoo.com.br
[7]Faculdade Venda Nova do Imigrante, Brasil. E-mail: favodemisara@yahoo.com.br
[8]Afya Universidade Unigranrio, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: gabiairam51@gmail.com
[9]Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: brunomenezes_bg@hotmail.com
[10]Faculdade Venda Nova do Imigrante, Brasil. E-mail: brigilarafaela123@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a importância da comunicação interprofissional na segurança do paciente e identificar estratégias destinadas à prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A busca ocorreu na BVS, incluindo LILACS e MEDLINE, além da SciELO e PubMed/MEDLINE, utilizando os descritores DeCS/MeSH “Segurança do Paciente” (*Patient Safety*), “Comunicação” (*Communication*), “Relações Interprofissionais” (*Interprofessional Relations*), “Erros Médicos” (*Medical Errors*) e “Gestão de Riscos” (*Risk Management*), combinados pelos operadores *AND* e *OR*. Após triagem e leitura integral, quatro artigos compuseram a análise. **RESULTADOS:** A comunicação estruturada favoreceu o reconhecimento precoce de riscos, a continuidade assistencial e a tomada de decisão compartilhada. Estratégias como SBAR, *checklists*, *safety huddles*, reuniões de segurança e *speaking up* contribuíram para reduzir falhas de interpretação e omissões, enquanto barreiras hierárquicas e baixa segurança psicológica dificultaram a manifestação de preocupações. **CONCLUSÃO:** A prevenção de eventos adversos depende tanto de instrumentos padronizados quanto de liderança receptiva, segurança psicológica e condições institucionais que favoreçam o diálogo e a participação interprofissional.

Palavras-chave: Comunicação; Erros Médicos; Gestão de Riscos; Segurança do Paciente; Relações Interprofissionais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the importance of interprofessional communication for patient safety and to identify strategies aimed at preventing adverse events in healthcare services. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-analytical nature. The search was conducted via the Virtual Health Library (VHL)—including LILACS and MEDLINE—as well as SciELO and PubMed/MEDLINE, using the DeCS/MeSH descriptors "Patient Safety," "Communication," "Interprofessional Relations," "Medical Errors," and "Risk Management," combined using the operators AND and OR. Following screening and full-text reading, four articles were included in the analysis. **RESULTS:** Structured communication facilitated early risk recognition, continuity of care, and shared decision-making. Strategies such as SBAR, checklists, safety huddles, safety meetings, and "speaking up" contributed to reducing misinterpretations and omissions, whereas hierarchical barriers and low psychological safety hindered the voicing of concerns. **CONCLUSION:** Preventing adverse events depends on both standardized tools and receptive leadership, psychological safety, and institutional conditions that foster dialogue and interprofessional participation.

Keywords: Communication; Medical Errors; Risk Management; Patient Safety; Interprofessional Relations.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui dimensão essencial da qualidade assistencial e envolve a organização de processos destinados à redução de riscos e danos evitáveis durante o cuidado. Nesse contexto, a comunicação interprofissional permite o compartilhamento de informações clínicas, a articulação das condutas e a continuidade da assistência entre diferentes categorias profissionais. No Brasil, essa preocupação integra as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, em consonância com iniciativas internacionais voltadas à redução de danos relacionados à assistência (Santos; Correa Júnior; Silva, 2022; Brasil, 2013).

A ocorrência de eventos adversos reforça a necessidade de incorporar a comunicação às estratégias institucionais de prevenção, considerando seus impactos sobre a recuperação e a segurança dos pacientes. Dados apresentados na literatura apontam cerca de 134 milhões de eventos adversos relacionados à assistência por ano, com aproximadamente 2,6 milhões de mortes evitáveis, além da estimativa de que um em cada dez pacientes hospitalizados em países de alta renda apresente algum dano durante o tratamento (Santos *et al*., 2025).

As fragilidades comunicacionais representam fator relevante na ocorrência de incidentes, pois a assistência depende da transmissão adequada de informações sobre condições clínicas, medicamentos, procedimentos e riscos identificados. Em 2023, foram registradas 368.895 notificações de eventos adversos no Brasil, enquanto investigação realizada em um hospital de Pernambuco identificou relação entre falhas de comunicação e 24,5% dos 1.466 incidentes avaliados, evidenciando a importância de estratégias voltadas à comunicação segura (Braga *et al*., 2025; Oliveira, 2024).

Diante desse cenário, a problemática que orienta este estudo consiste em compreender de que maneira a comunicação entre diferentes profissionais pode contribuir para a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde. A investigação justifica-se pela necessidade de fortalecer processos comunicacionais capazes de favorecer a coordenação do cuidado, a continuidade assistencial e o reconhecimento precoce de riscos. Assim, objetiva-se analisar a importância da comunicação interprofissional na segurança do paciente e identificar estratégias destinadas à prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, voltada à compreensão da comunicação interprofissional e de sua relação com a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde. O delineamento permitiu reunir produções sobre comunicação estruturada, integração profissional, compartilhamento de informações clínicas e identificação precoce de riscos, em consonância com os aspectos abordados nos resultados do estudo.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo LILACS e MEDLINE, além da SciELO e da PubMed/MEDLINE. Foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: “Segurança do Paciente” (*Patient Safety*), “Comunicação” (*Communication*), “Relações Interprofissionais” (*Interprofessional Relations*), “Erros Médicos” (*Medical Errors*) e “Gestão de Riscos” (*Risk Management*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme os recursos de cada base.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, relacionados à comunicação interprofissional, segurança do paciente, prevenção de eventos adversos e estratégias comunicacionais nos serviços de saúde. Excluíram-se duplicatas, textos sem

acesso completo e publicações sem relação direta com a problemática investigada. Após a triagem e leitura integral, cinco materiais foram selecionados, quatro permaneceram na análise e um foi excluído, conforme apresentado nos resultados.

A análise foi realizada por leitura integral e interpretação dos conteúdos referentes à comunicação estruturada, decisão compartilhada, relações hierárquicas, segurança psicológica, liderança, *speaking up*, SBAR, *checklists* e *safety huddles*. Por utilizar somente documentos científicos de acesso público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o caráter narrativo, o número reduzido de publicações incluídas e a heterogeneidade dos contextos assistenciais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na composição desta seção, dos cinco materiais selecionados, quatro artigos científicos foram incluídos e um foi excluído após a aplicação dos critérios definidos para a análise. As publicações contemplaram diferentes contextos assistenciais e abordaram comunicação estruturada, integração entre profissionais, compartilhamento de informações clínicas e identificação precoce de riscos. A seleção reuniu perspectivas complementares sobre a comunicação interprofissional e sua relação com a segurança do paciente nos serviços de saúde.

A organização da troca de informações mostrou-se relevante quando riscos precisam ser reconhecidos antes de ocasionarem dano. Ghoul *et al*. (2025) caracterizaram os *safety huddles* como encontros breves, com uso de SBAR e *checklists* para estruturar informações e antecipar problemas. Machado *et al*. (2025) relacionaram protocolos comunicacionais e tomada de decisão conjunta à redução de interpretações equivocadas e interrupções no cuidado. Dessa forma, a comunicação segura depende de conteúdo claro, momento oportuno e responsabilidades bem definidas entre os integrantes da equipe.

A utilização de instrumentos padronizados não elimina barreiras relacionadas às relações hierárquicas e à manifestação de preocupações. Van dongen *et al*. (2024) demonstraram que receio das consequências, relações de poder e características institucionais podem favorecer o silêncio mesmo diante da percepção de risco. Binotto *et al*. (2025) identificaram que comunicação, decisão compartilhada, clareza dos objetivos e manejo das divergências interferem diretamente na resolutividade das equipes. Assim, a prevenção depende de ambientes que permitam questionamentos e incorporem essas informações às decisões assistenciais.

A comunicação interprofissional também exige condições institucionais que sustentem sua utilização contínua na gestão dos riscos. Ghoul *et al*. (2025) relacionaram o funcionamento dos *safety huddles* ao apoio da liderança, à segurança psicológica e à disponibilidade de recursos. Van dongen *et al*. (2024) mostraram que ambientes receptivos favorecem a expressão de preocupações e ampliam a possibilidade de intervenção antes da ocorrência do dano. Nesse sentido, reuniões de segurança, comunicação estruturada, *speaking up* e liderança receptiva constituem estratégias complementares para a prevenção de eventos adversos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação interprofissional mostrou-se fundamental para a segurança do paciente, pois favorece a transmissão adequada de informações clínicas, o reconhecimento precoce de riscos e a articulação das condutas entre os profissionais. A prevenção de eventos adversos depende de processos comunicacionais claros, oportunos e organizados, associados à definição de responsabilidades e à tomada de decisão compartilhada.

Estratégias como SBAR, *checklists*, *safety huddles* e reuniões de segurança podem contribuir para reduzir falhas de interpretação, omissões e interrupções na continuidade do cuidado. Entretanto, sua utilização necessita estar associada a ambientes que favoreçam o diálogo, a manifestação de preocupações e a participação dos profissionais nas decisões relacionadas à assistência.

A contribuição deste trabalho está em demonstrar que a comunicação segura não depende apenas da adoção de instrumentos padronizados, mas também de condições institucionais favoráveis. Liderança receptiva, segurança psicológica, redução de barreiras hierárquicas e estímulo ao *speaking up* constituem elementos importantes para fortalecer a gestão dos riscos e prevenir danos relacionados à assistência.

Como limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, o número reduzido de publicações incluídas e a diversidade dos contextos assistenciais abordados. Recomenda-se que futuras pesquisas avaliem diferentes níveis de atenção à saúde, ampliem o número de participantes e investiguem os efeitos de estratégias comunicacionais sobre incidentes, eventos adversos e continuidade do cuidado, contribuindo para intervenções institucionais mais consistentes.

REFERÊNCIAS

BINOTTO, Cibele Correia Semeão *et al*. O cuidado interprofissional e seus desdobramentos para a segurança do paciente na Atenção Primária. **Contexto & Saúde**, v. 25, n. 50, 2025. DOI: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.15745. Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/contextoesaude/pt_BR/article/view/15745.

BRAGA, Débora Ramônica Rodrigues *et al*. A influência da comunicação efetiva dos profissionais de saúde na segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 17, n. 3, 2025. DOI: https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v17i3a2025.4259. Disponível em: https://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/4259.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente.

GHOUL, Ibrahim *et al*. Safety huddle in healthcare settings: a concept analysis. **BMC Health Services Research**, v. 25, art. 393, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11917008/.

MACHADO, Brenna Kurt Reis de Morais Rezende Dante *et al*. Comunicação integrada da equipe multiprofissional como estratégia para fortalecer a segurança do paciente em hospitais. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 4, n. 2, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/pbpc.v4i2.446. Disponível em: https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/446.

OLIVEIRA, Alexsandro Narciso de. Gestão de risco e segurança do paciente em pronto atendimento. **Revista Tópicos**, 18 abr. 2024. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.11177517. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/artigos/gestao-de-risco-e-seguranca-do-paciente-em-pronto-atendimento.

SANTOS, Maria Luiza Rodrigues dos; CORREA JÚNIOR, Antônio Jorge Silva; SILVA, Marcos Valério Santos da. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210754. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/WtJVG6JskzXV5zTRhvDBJBH/?lang=pt.

SANTOS, Maria Stefhany Severiano de Oliveira *et al*. Eventos adversos recorrentes em adultos e seus impactos na recuperação e segurança do paciente. **Revista Foco em Pesquisa e Prática**, v. 5, n. 3, 2025. DOI: https://doi.org/10.59483/rfpp.v5n3157. Disponível em: https://journalhep.com.br/index.php/rfpp/article/view/157.

VAN DONGEN, Dimmy *et al*. Classification of influencing factors of speaking-up behaviour in hospitals: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 1657, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-024-12138-x. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-12138-x.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS POR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: BARREIRAS ORGANIZACIONAIS E ADESÃO PROFISSIONAL NA PRÁTICA CLÍNICA

Igor Souza de Assis[1]; Hellen Victoria Xavier Santos[2]; Valeska Thayana Lima de Sousa[3]; Maria Isabelle Nogueira de Souza[4]; Juliane Cristine konzen[5]; Maria Isis da Silva Costa[6]; Renata de Laura Pereira[7]; Marcus Vinicius dos Santos Costa[8]; Ana Raquel da Silva Gallo[9]

[1]Universidade Paulista (UNIP), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: igor_assis87@yahoo.com.br
[2]Centro Universitário Facol (Unifacol), Pernambuco, Brasil. E-mail: hellenvitoriaxavier@gmail.com
[3]Faculdade de Educação São Francisco, Maranhão, Brasil. E-mail: sousavaleska57@gmail.com
[4]Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. E-mail: isabellenogueira712@gmail.com
[5]Faculdade Moinhos de vento, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jukonzenenfa81@gmail.com
[6]Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará, Brasil. E-mail: mariaisiscosta@yahoo.com.br
[7]Faculdade Metropolitana de Franca (FAMEF), São Paulo, Brasil. E-mail: Re_delaura@yahoo.com.br
[8] Faculdade Literatus Amazonas, Amazonas, Brasil. E-mail: mvinicius@hucff.ufrj.br
[9] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anaraquelsg@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as barreiras organizacionais que interferem na implementação de protocolos assistenciais e na adesão das equipes multiprofissionais à sua utilização na prática clínica. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada na BVS, LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed/MEDLINE. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH “Protocolos Clínicos” (*Clinical Protocols*), “Equipe de Assistência ao Paciente” (*Patient Care Team*), “Guias de Prática Clínica como Assunto” (*Practice Guidelines as Topic*) e “Ciência da Implementação” (*Implementation Science*), combinados pelos operadores *AND* e *OR*. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro artigos compuseram a amostra final. **RESULTADOS:** Sobrecarga de trabalho, redução do quadro profissional, escassez de recursos, tempo insuficiente e resistência profissional limitaram a adesão aos protocolos. Estratégias educativas, liderança, participação das equipes, adaptação das recomendações ao contexto e apoio institucional favoreceram sua incorporação à rotina assistencial. **CONCLUSÃO:** A implementação efetiva dos protocolos depende da articulação entre condições organizacionais, recursos disponíveis, capacitação profissional e adequação das recomendações ao fluxo de trabalho, contribuindo para maior uniformidade das condutas, continuidade do cuidado e integração multiprofissional.

Palavras-chave: Ciência da Implementação; Equipe de Assistência ao Paciente; Guias de Prática Clínica como Assunto; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the organizational barriers that interfere with the implementation of care protocols and the adherence of multiprofessional teams to their use in clinical practice. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-analytical nature was conducted using the BVS, LILACS, MEDLINE, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases. The DeCS/MeSH descriptors "Clinical Protocols," "Patient Care Team," "Practice Guidelines as Topic," and "Implementation Science" were used, combined with the operators AND and OR. After reviewing titles, abstracts, and full texts, four articles comprised the final sample. **RESULTS:** Work overload, reduced staffing, resource shortages, insufficient time, and professional resistance limited adherence to protocols. Educational strategies, leadership, team participation, adaptation of recommendations to the local context, and institutional support facilitated their incorporation into clinical routines. **CONCLUSION:** Effective protocol implementation depends on the interplay between organizational conditions, available resources, professional training, and the alignment of recommendations with workflows, thereby contributing to greater consistency in clinical practices, continuity of care, and multiprofessional integration.

Keywords: Implementation Science; Patient Care Team; Clinical Practice Guidelines as Topic; Clinical Protocols.

1 INTRODUÇÃO

Os protocolos assistenciais organizam condutas, reduzem variações no cuidado e estabelecem critérios comuns para a tomada de decisão clínica, sobretudo em serviços nos quais diferentes categorias profissionais participam da assistência. Em ambientes de maior complexidade, a articulação entre os profissionais e a utilização de rotinas padronizadas contribuem para a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a organização dos processos assistenciais (Souza *et al*., 2025).

A implementação de protocolos na rotina dos serviços depende de condições estruturais, organização do trabalho, disponibilidade de recursos, comunicação e preparo das equipes. No contexto da prevenção de lesões por pressão, revisão citada por Peixoto et al. reuniu 8.847 enfermeiros, dos quais 6.502 atuavam em unidades de terapia intensiva, reforçando a importância da capacitação profissional e do suporte institucional para aplicação das recomendações (Peixoto *et al*., 2026; Campelo *et al*., 2026).

O problema de pesquisa concentra-se na existência de uma diferença entre a formalização dos protocolos e sua aplicação efetiva na prática clínica, especialmente quando fatores

organizacionais dificultam a adesão dos profissionais. Sobrecarga assistencial, dimensionamento inadequado, treinamento insuficiente, limitações de recursos e falhas de comunicação podem comprometer a execução uniforme das condutas previstas e enfraquecer a integração entre os membros da equipe multiprofissional (Machado *et al*., 2025).

Diante desse cenário, justifica-se investigar os fatores que dificultam a incorporação dos protocolos à rotina assistencial, considerando sua relação com a organização dos serviços, o trabalho multiprofissional e a qualidade do cuidado. Assim, objetiva-se analisar as barreiras organizacionais que interferem na implementação de protocolos assistenciais e na adesão das equipes multiprofissionais à sua utilização na prática clínica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, destinada a reunir produções científicas sobre implementação de protocolos assistenciais, barreiras organizacionais e adesão profissional na prática clínica. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo LILACS e MEDLINE, além da SciELO e PubMed/MEDLINE, considerando publicações relacionadas ao trabalho multiprofissional e à aplicação de diretrizes clínicas.

Foram utilizados descritores dos vocabulários DeCS/MeSH: “Protocolos Clínicos” (*Clinical Protocols*), “Equipe de Assistência ao Paciente” (*Patient Care Team*), “Guias de Prática Clínica como Assunto” (*Practice Guidelines as Topic*) e “Ciência da Implementação” (*Implementation Science*). Os termos foram combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, com estratégias adaptadas às características de cada base consultada.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português ou inglês, que abordassem implementação de protocolos ou diretrizes, adesão profissional, condições organizacionais, trabalho multiprofissional e estratégias de implementação. Excluíram-se duplicatas, editoriais, cartas, resumos sem texto completo e publicações sem relação direta com o objetivo da revisão. A seleção ocorreu por leitura dos títulos, resumos e textos completos, resultando em quatro artigos na amostra final.

Os dados foram organizados segundo autoria, ano, delineamento, contexto assistencial, barreiras organizacionais, fatores relacionados à adesão e estratégias facilitadoras da implementação. A análise ocorreu de forma interpretativa e comparativa entre as publicações

selecionadas. Por utilizar exclusivamente dados secundários disponíveis publicamente, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o número reduzido de artigos, a heterogeneidade dos delineamentos e a restrição às bases e idiomas definidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos quatro artigos científicos diretamente relacionados à implementação de protocolos e diretrizes clínicas, às barreiras organizacionais e à adesão profissional, sem exclusões entre os materiais selecionados. As publicações abrangeram revisões sistemáticas, revisão sistemática com metanálise e investigação qualitativa, permitindo examinar fatores ligados à estrutura institucional, às condições de trabalho, às estratégias de implementação e ao comportamento profissional.

Thoonsen *et al*. (2024) identificaram tempo insuficiente, limitação de recursos e resistência profissional entre os obstáculos à implementação das diretrizes. Alrashdi, Quinn e Clarke (2026) encontraram resultado semelhante em serviços de emergência e cuidados críticos, nos quais carga de trabalho elevada, redução do quadro de pessoal e escassez de recursos restringiram a adesão. A proximidade entre esses achados mostra que o cumprimento dos protocolos depende também das condições institucionais oferecidas para sua execução.

Fontaine *et al*. (2024) registraram melhores respostas com intervenções educativas, lembretes, líderes de opinião e estratégias adaptadas às barreiras específicas do serviço. Thoonsen *et al*. (2024) encontraram maior presença de estratégias ativas nas iniciativas com resultados favoráveis, especialmente quando havia participação da gestão e dos profissionais locais. Essa aproximação reforça que capacitações isoladas tendem a ter menor alcance quando não são acompanhadas por apoio institucional e reorganização do processo de trabalho.

Thoonsen *et al*. (2025) identificaram barreiras relacionadas à disponibilidade de recursos, planejamento, colaboração e condições que afetam a capacidade e a motivação profissional. Alrashdi, Quinn e Clarke (2026) acrescentaram que protocolos complexos ou pouco adaptados ao contexto apresentam menor utilização, enquanto formatos acessíveis, treinamento e liderança favorecem sua incorporação. A adesão multiprofissional depende, portanto, da compatibilidade entre as recomendações, o fluxo assistencial e as condições concretas de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de protocolos assistenciais depende das condições estruturais e organizacionais dos serviços. Sobrecarga de trabalho, redução do quadro profissional, limitações de recursos, tempo insuficiente e falhas de comunicação dificultam a aplicação das condutas previstas. Assim, o objetivo do estudo foi atendido ao identificar os principais fatores organizacionais relacionados à adesão das equipes multiprofissionais.

A incorporação dos protocolos à prática clínica também está relacionada à sua adequação ao fluxo assistencial. Protocolos complexos ou pouco adaptados ao contexto apresentam maior dificuldade de utilização, enquanto capacitação, participação da equipe, liderança e estratégias ajustadas às necessidades locais favorecem a adesão. Dessa forma, a utilização efetiva depende da articulação entre protocolo, organização do serviço e condições de trabalho.

Como contribuição, o trabalho demonstra que a implementação de protocolos deve integrar o planejamento e a gestão da assistência. Essa organização pode favorecer maior uniformidade das condutas, continuidade do cuidado e melhor integração entre os profissionais. No campo acadêmico, os resultados também contribuem para delimitar fatores que precisam ser considerados em pesquisas sobre adesão profissional e implementação de diretrizes clínicas.

Entre as limitações, destacam-se o número reduzido de quatro publicações, a heterogeneidade dos delineamentos e a delimitação das bases e idiomas. Recomenda-se que pesquisas futuras incluam diferentes categorias profissionais e níveis de atenção, além de avaliar a adesão antes e após intervenções organizacionais. Também são necessários estudos que acompanhem a sustentabilidade dos protocolos e seus efeitos nos processos e resultados assistenciais.

REFERÊNCIAS

ALRASHDI, Mona Hamdi; QUINN, Barry; CLARKE, Susan A. Barriers and facilitators in implementing clinical practice guidelines among nurses in emergency departments and critical care units: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 35, n. 3, p. 1060-1078, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.70086. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.70086.

CAMPELO, Percilia Augusta Santana da Silva *et al*. Atuação multiprofissional na implementação do protocolo de dor: revisão sistemática das evidências científicas. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 5, n. 6, p. 470-487, 2026. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n6p470-487. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n6p470-487.

FONTAINE, Guillaume *et al*. Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: a comprehensive systematic review and meta-analysis. **Implementation Science**, v. 19, art. 68, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0.

MACHADO, Raira Gonçalves da Gama *et al*. A influência da equipe multiprofissional na adesão ao protocolo de sepse em unidades de emergência. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 2650-2664, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2650-2664. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2650-2664.

PEIXOTO, Eliane Aparecida *et al*. Adesão aos protocolos assistenciais de prevenção e tratamento de lesões por pressão em unidades de terapia intensiva (UTI). **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 5, n. 6, p. 944-958, 2026. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n6p944-958. Disponível em: https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/1427.

SOUZA, Juliany Julia Almeida *et al*. Equipes interdisciplinares em emergências: barreiras, facilitadores e resultados clínicos observados. **Revista Cognitus**, v. 2, n. 3, 2025. DOI: https://doi.org/10.71248/mw0g1518. Disponível em: https://ojs.editoracognitus.com.br/index.php/revista/article/view/162/178.

THOONSEN, Andrea C. *et al*. Stimulating implementation of clinical practice guidelines in hospital care from a central guideline organization perspective: a systematic review. **Health Policy**, v. 148, art. 105135, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105135. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105135.

THOONSEN, Andrea C. *et al*. Nationwide guideline implementation: a qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of guideline organizations. **BMC Health Services Research**, v. 25, art. 150, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12270-2. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12270-2.

I Congresso Nacional em
Pesquisa, Saúde e Prática Multidisciplinar
— IMERSAUDE —

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM O USO INADEQUADO DE ANTIMICROBIANOS E DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA

Jociane Sinflório Santana[1]; Maria Cleiciane Sá da Silva[2]; Ingrid Araujo Carvalho[3]; Maria Aparecida Vital de Lima[4]; Maria Isis da Silva Costa[5]; Brigila Rafaela Do Nascimento Oliveira[6]; Eva Gabriele Gomes de Almeida[7]; Marilia Barreiro Rufino de Almeida[8]; Bruna Dutra da Costa[9]; Ana Raquel da Silva Gallo[10]

[1]Universidade Salgado de Oliveira, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jocianessantana@gmail.com
[2]Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins, Tocantins, Brasil. E-mail: mariacleiciane60@gmail.com
[3]Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), Amazonas, Brasil. E-mail: E-mail: ingrid.ld154@gmail.com
[4]Universidade de Nova Iguaçu (UNIG), Rio de janeiro, Brasil. E-mail: vitallfarmacia@hotmail.com
[5]Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará, Brasil. E-mail: mariaisiscosta@yahoo.com.br
[6]Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Brasil. E-mail: brigilarafaela123@gmail.com
[7]Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera, Minas Gerais, Brasil. E-mail: engenheiraevagabriele@gmail.com.
[8]Universidade Facuminas, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mbrufino@yahoo.com.br
[9]Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: brunadutra.hu@gmail.com
[10]Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anaraquelsg@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a relação entre o uso inadequado de antimicrobianos e a resistência antimicrobiana nos serviços de saúde, identificando os fatores associados e os desafios para a assistência. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo LILACS, BDENF e MEDLINE, além da SciELO e PubMed/MEDLINE. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH "Resistência Microbiana a Medicamentos" (*Drug Resistance, Microbial*), "Antibacterianos" (*Anti-Bacterial Agents*), "Gestão de Antimicrobianos" (*Antimicrobial Stewardship*), "Uso Indevido de Medicamentos" (*Drug Misuse*) e "Infecção Hospitalar" (*Cross Infection*), combinados por *AND* e *OR*. Após seleção por critérios de elegibilidade e leitura dos textos, quatro estudos compuseram a análise final. **RESULTADOS:** O uso potencialmente inadequado alcançou cerca de 30% em estimativa global, enquanto outro estudo identificou prescrição inadequada em 34,2% dos pacientes e ausência de indicação em 26,6% das prescrições. Suporte microbiológico, auditoria prescricional, participação farmacêutica e programas de gerenciamento favoreceram maior adequação terapêutica, enquanto insuficiência de profissionais, fragilidade institucional e limitações diagnósticas dificultaram o uso racional. **CONCLUSÃO:** O uso inadequado de antimicrobianos contribui para a resistência microbiana e compromete a segurança assistencial. O trabalho reforça a necessidade de protocolos, suporte diagnóstico, monitoramento das prescrições e programas permanentes de gerenciamento de antimicrobianos.

Palavras-chave: Antibacterianos; Infecção Hospitalar; Gestão de Antimicrobianos; Resistência Microbiana a Medicamentos; Uso Indevido de Medicamentos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the relationship between the inappropriate use of antimicrobials and antimicrobial resistance in healthcare settings, identifying associated factors and challenges for patient care. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and descriptive-analytical nature was conducted using the Virtual Health Library (including LILACS, BDENF, and MEDLINE), as well as SciELO and PubMed/MEDLINE. The DeCS/MeSH descriptors used were "Drug Resistance, Microbial," "Anti-Bacterial Agents," "Antimicrobial Stewardship," "Drug Misuse," and "Cross Infection," combined using AND and OR operators. Following selection based on eligibility criteria and text review, four studies were included in the final analysis. **RESULTS:** Potentially inappropriate use was estimated at approximately 30% globally, while another study identified inappropriate prescribing in 34.2% of patients and a lack of clinical indication in 26.6% of prescriptions. Microbiological support, prescription auditing, pharmacist involvement, and stewardship programs promoted greater therapeutic appropriateness, whereas staffing shortages, institutional weaknesses, and diagnostic limitations hindered rational use. **CONCLUSION:** Inappropriate antimicrobial use contributes to microbial resistance and compromises patient safety. This study underscores the need for protocols, diagnostic support, prescription monitoring, and ongoing antimicrobial stewardship programs.

Keywords: Antibacterial Agents; Hospital-Acquired Infection; Antimicrobial Stewardship; Microbial Drug Resistance; Medication Misuse.

1 INTRODUÇÃO

A resistência antimicrobiana constitui um problema crescente de saúde pública, caracterizado pela redução da resposta dos microrganismos aos medicamentos empregados no tratamento das infecções. Esse fenômeno compromete a eficácia terapêutica, favorece complicações clínicas e amplia as dificuldades relacionadas ao controle das doenças infecciosas. O uso indiscriminado ou incorreto de antibióticos intensifica a pressão seletiva sobre as bactérias, contribuindo para a manutenção e expansão da resistência nos diferentes níveis de atenção à saúde (Viana *et al.*, 2023).

O uso inadequado de antimicrobianos envolve automedicação, prescrições inapropriadas, utilização sem indicação clínica e interrupção incorreta do tratamento, situações capazes de favorecer o desenvolvimento de mecanismos de resistência bacteriana. A automedicação também se

relaciona à facilidade de acesso aos medicamentos e à insuficiência de orientação quanto ao emprego correto desses fármacos. Nesse contexto, a resistência pode tornar infecções comuns mais difíceis de tratar, aumentar a necessidade de alternativas terapêuticas e comprometer a segurança do paciente (Neves *et al*., 2024).

Nos serviços de saúde, a resistência antimicrobiana assume maior complexidade devido à circulação de agentes infecciosos, à presença de pacientes vulneráveis, ao uso de dispositivos invasivos e à exposição frequente aos antimicrobianos. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) integram esse cenário por ampliarem o tempo de internação, a morbimortalidade e os custos assistenciais, além de favorecerem a disseminação de microrganismos multirresistentes. A problemática concentra-se na relação entre práticas inadequadas de utilização desses medicamentos e os desafios impostos à efetividade e à segurança da assistência (Borges *et al*., 2026; Farias *et al*., 2024).

A abordagem dessa temática justifica-se pela necessidade de compreender os fatores envolvidos no uso inadequado de antimicrobianos e suas repercussões para o tratamento das infecções, a segurança do paciente e a organização dos serviços de saúde. A prescrição criteriosa, a dispensação responsável, a educação em saúde e o gerenciamento desses medicamentos integram medidas relevantes para o uso racional. Assim, objetiva-se analisar a relação entre o uso inadequado de antimicrobianos e a resistência antimicrobiana nos serviços de saúde, identificando os fatores associados e os desafios para a assistência.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida a partir de produções científicas relacionadas à resistência antimicrobiana nos serviços de saúde, ao uso inadequado de antimicrobianos e aos desafios para a assistência. A revisão narrativa permitiu reunir publicações com diferentes delineamentos metodológicos, contemplando aspectos referentes às práticas de prescrição, ao gerenciamento de antimicrobianos, ao suporte diagnóstico e à organização dos serviços de saúde.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases LILACS, BDENF e MEDLINE, além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da PubMed/MEDLINE. Foram utilizados descritores registrados no DeCS/MeSH: “Resistência Microbiana a Medicamentos” (*Drug Resistance, Microbial*), “Antibacterianos” (*Anti-Bacterial*

Agents), "Gestão de Antimicrobianos" (*Antimicrobial Stewardship*), "Uso Indevido de Medicamentos" (*Drug Misuse*) e "Infecção Hospitalar" (*Cross Infection*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, que abordassem resistência antimicrobiana, prescrição inadequada, uso racional de antimicrobianos ou programas de *antimicrobial stewardship*. Excluíram-se duplicatas, editoriais, cartas, resumos de eventos e publicações sem relação direta com a temática. Após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, quatro estudos foram incluídos na análise final e um documento foi excluído.

A análise ocorreu mediante leitura integral e interpretação descritiva das publicações, considerando prescrição inadequada, suporte microbiológico, barreiras institucionais e programas de gerenciamento de antimicrobianos. Por utilizar dados secundários de publicações científicas, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. As limitações envolveram o caráter narrativo, o reduzido número de estudos e a heterogeneidade dos critérios empregados para avaliar o uso inadequado de antimicrobianos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos quatro estudos científicos e excluído um documento durante a seleção do material. As publicações incluídas abordaram prescrição inadequada de antimicrobianos, programas de gerenciamento, barreiras institucionais e estimativas de uso inapropriado. A síntese possibilitou examinar fatores relacionados às condutas prescricionais, ao suporte diagnóstico, à organização dos serviços e aos desafios assistenciais envolvidos na resistência antimicrobiana.

A magnitude do uso inadequado descrita por Mulchandani *et al*. (2025) aproxima-se dos achados de Napolitano *et al*. (2023). Enquanto a estimativa global situou em torno de 30% o consumo potencialmente inadequado, o estudo italiano identificou prescrição inadequada em 34,2% dos pacientes e ausência de indicação em 26,6% das prescrições. Napolitano *et al*. ainda verificaram menor inadequação quando houve cultura microbiológica, reforçando a importância do suporte diagnóstico para decisões terapêuticas mais precisas.

Os entraves institucionais descritos por Harun *et al*. (2024) incluíram falta de profissionais, suporte microbiológico insuficiente, ausência de liderança e limitado apoio governamental. Abdel hadi *et al*. (2024) ampliam essa análise ao relacionar a efetividade dos programas de gerenciamento à avaliação sistemática, tecnologia da informação, participação farmacêutica e fatores

comportamentais. A convergência entre os autores demonstra que o uso racional depende de estrutura institucional, protocolos e acompanhamento contínuo das práticas assistenciais.

As repercussões assistenciais também se complementam entre Harun *et al*. (2024) e Mulchandani *et al*. (2025). Harun *et al*. relacionam o stewardship à maior adequação das prescrições, redução do consumo, menor permanência hospitalar e diminuição de custos. Mulchandani *et al*. acrescentam que a diversidade de critérios utilizados para classificar o uso inadequado dificulta comparações entre contextos. Assim, protocolos institucionais devem ser acompanhados de auditoria prescricional e indicadores padronizados para reduzir exposições desnecessárias aos antimicrobianos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resistência antimicrobiana nos serviços de saúde apresentou relação direta com o uso inadequado de antimicrobianos, especialmente em situações de prescrição sem indicação clínica, utilização potencialmente inapropriada e ausência de suporte microbiológico para orientar a escolha terapêutica. Esses fatores ampliam a exposição desnecessária aos medicamentos e dificultam a condução segura do tratamento das infecções.

Os principais desafios assistenciais concentram-se na insuficiência de profissionais, nas limitações dos serviços de microbiologia, na fragilidade da liderança institucional e na ausência de acompanhamento sistemático das práticas prescricionais. Nesse contexto, protocolos institucionais, auditoria das prescrições, participação farmacêutica, suporte diagnóstico e programas de gerenciamento de antimicrobianos assumem papel relevante na qualificação da terapia e na redução do consumo inadequado.

A contribuição do trabalho está na articulação entre inadequações relacionadas à prescrição e barreiras organizacionais que interferem no controle da resistência antimicrobiana, fornecendo elementos aplicáveis à assistência, à gestão dos serviços e à segurança do paciente. A adoção de estratégias permanentes de monitoramento e educação profissional pode favorecer decisões terapêuticas mais criteriosas e fortalecer o uso racional desses medicamentos.

Entre as limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, o número reduzido de publicações incluídas e a heterogeneidade dos critérios empregados para avaliar o uso inadequado de antimicrobianos. Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem o número de instituições e populações avaliadas, utilizem critérios padronizados e mensurem os efeitos dos programas de

antimicrobial stewardship sobre prescrição, consumo, resistência microbiana, tempo de internação, custos e desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

ABDEL HADI, Hamad *et al*. Evaluation of hospital antimicrobial stewardship programs: implementation, process, impact, and outcomes, review of systematic reviews. **Antibiotics**, v. 13, n. 3, art. 253, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/antibiotics13030253. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10967423/.

BORGES, Flávio Valadares Pereira *et al*. Resistência antimicrobiana em ambientes hospitalares: o papel das IRAS na crise sanitária global e os desafios para a prevenção, controle e uso racional de antimicrobianos. In: **Saúde e ciência**: estudos e evidência. [*S. l.*]: Aurum Publicações, 2026. DOI: https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-005. Disponível em: https://aurumpublicacoes.com/index.php/editora/article/view/1725.

FARIAS, Micaele de Oliveira de *et al*. Uso de antimicrobianos na prática clínica: desafios e estratégias. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 12, n. 4, 2024. DOI: https://doi.org/10.61164/rmnm.v12i4.3345. Disponível em: https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/pt_BR/article/view/3345.

HARUN, Md Golam Dostogir *et al*. Barriers, facilitators, perceptions and impact of interventions in implementing antimicrobial stewardship programs in hospitals of low-middle and middle countries: a scoping review. **Antimicrobial Resistance & Infection Control**, v. 13, art. 8, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s13756-024-01369-6. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10804809/.

MULCHANDANI, Ranya *et al*. Global trends in inappropriate use of antibiotics, 2000-2021: scoping review and prevalence estimates. **BMJ Public Health**, v. 3, n. 1, e002411, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-002411. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12121568/.

NAPOLITANO, Francesco *et al*. Antimicrobial prescribing practices in hospital settings in Italy: a retrospective study. **Antibiotics**, v. 12, n. 2, art. 218, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/antibiotics12020218. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9952784/.

NEVES, Darlisson Lucas *et al*. Resistência bacteriana devido ao uso indiscriminado de antibióticos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 12, 2024. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17273. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/pt_BR/article/view/17273.