I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR

CONEXAÚDE

ANAIS DO EVENTO

Edição 2026/2027 | Evento online

SITE DO EVENTO
conevy.com.br/e/conexaude-43

EDITORA
Editora Cognitus

2026/2027

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

ANAIS DO

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR – CONEXAÚDE

Anais contendo os trabalhos científicos aprovados por avaliação por pares no I Congresso Nacional de Conexões Científicas em Saúde Multidisciplinar (CONEXAÚDE).

Editora Cognitus
2026/2027

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

[Cutter]
Congresso Nacional de Conexões Científicas em Saúde Multidisciplinar (1. :2026/2027 : on-line).
Anais do I Congresso Nacional de Conexões Científicas em Saúde Multidisciplinar – CONEXAÚDE [recurso eletrônico] / Conselho Editorial: Aline Prado dos Santos ... [et al.]. – [Teresina]: Editora Cognitus, 2026/2027.
.

Evento realizado on-line.
Modo de acesso: https://conevy.com.br/e/conexaude-43
ISBN: 978-65-83818-67-6

1. Ciências da saúde. 2. Saúde pública. 3. Equipe multiprofissional. 4. Pesquisa científica. I. Título.

O conteúdo dos trabalhos publicados nestes anais, incluindo dados, citações, referências e revisão ortográfica, é de inteira responsabilidade de seus respectivos autores.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

CONSELHO EDITORIAL

Aline Prado dos Santos – Ciências da Saúde
Artur Pires de Camargos Júnior – Ciências Humanas
Chrysller Candido Santos – Tecnologia
Dayane Fernandes Sousa – Ciências Humanas
Edmilson Valério de Magalhães – Ciências da Saúde
Eline Nogueira Santos Sobreira – Ciências da Saúde
Jalison Figueredo do Rêgo – Ciências Biológicas
Mateus Henrique Dias Guimarães – Ciências da Saúde

COMISSÃO CIENTÍFICA (AVALIADORES)

Aline Prado dos Santos da Silva
Andre Massahiro Shimaoka
Antonio Alves de Fontes-Júnior
Artur Pires de Camargos Júnior
Carla Fernanda Couto Rodrigues
Celso Chaves Adão Filho
Denis Fernandes da Silva Ribeiro
Edmilson Valério de Magalhães
Igor Domingos dos Anjos
José Leonardo Diniz de Melo Santos
Keyla Liana Bezerra Machado
Maria Clea Marinho Lima
Mateus Henrique Dias Guimarães
Najla Gergi Krouchane
Rayssa do Nascimento Sousa
Sarah Camila Fortes Santos
Victor Martins Fontoura

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

APRESENTAÇÃO

O I Congresso Nacional de Conexões Científicas em Saúde Multidisciplinar (CONEXAÚDE) realizado de forma online entre os dias 05 e 07 de abril de 2027, reunindo estudantes, profissionais e pesquisadores de diferentes áreas da saúde e campos correlatos em torno da produção e da divulgação do conhecimento científico.

O evento teve como propósito favorecer o diálogo entre saberes, estimular a integração entre as diversas profissões da saúde e ampliar a visibilidade de pesquisas comprometidas com a qualificação do cuidado, a segurança do paciente, a equidade e o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

As submissões foram recebidas no período de 28 de julho de 2026 a 01 de abril de 2027 e analisadas pela Comissão Científica, composta por avaliadores de diferentes áreas do conhecimento, por meio de avaliação por pares. Os trabalhos aprovados e apresentados durante o congresso compõem estes anais.

Os textos aqui reunidos abordam temas como transição do cuidado, segurança do paciente na terapia antineoplásica, humanização da assistência ao parto, morbidade materna grave, mortalidade por câncer do colo do útero, de mama e de estômago, rastreamento molecular do HPV, inteligência artificial na identificação precoce da sepse, reversão do bloqueio neuromuscular na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias, desigualdades raciais na mortalidade evitável, iniquidades no cuidado às doenças crônicas, sobrecarga emocional e desinformação em saúde, evidenciando o caráter multidisciplinar das discussões promovidas pelo evento.

Agradecemos aos autores, avaliadores, membros do Conselho Editorial e participantes que contribuíram para a realização do CONEXAÚDE. Desejamos a todos uma excelente leitura.

Comissão Organizadora do CONEXAÚDE

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **5**

A SOBRECARGA EMOCIONAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E SEUS IMPACTOS SOBRE A SAÚDE COLETIVA **8**
Onayane dos Santos Oliveira; Franciele Cardoso; Lucas Mike Naves Silva; Larissa Maria Grande Santos; Maria Luiza Sousa Oliveira; Sofia Mansur Nonato; Mônica Beatriz Ferreira; Beatriz De Morais Utida; Maria de Lourdes Machado de Resende Neta; Maurício Rouvel Nunes.

DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE POR DOENÇAS EVITÁVEIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE **18**
Bárbara Suelen Catani; Benedita Neida da Silva Flexa; Benedito Caldeira Rodrigues Neto; Joyce Lourenço Mariano; Mariana Nascimento Costa; Mariana Baptista Dias da Silva; Janaina Ramos; Efrain Brandão de Queiroz; Crislaynne Alves dos Santos; Carla Gianna Leal Reis.

DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS E ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA **25**
Maria Aparecida Ferreira Cardoso de Jesus; Benedita Neida da Silva Flexa; Anna Tabita Batista Brasil; Mariana Nascimento Costa; Janaina Ramos; Pamela Bento dos Santos; Joane e Silva Vasconcelos Santos; Rosilene dos Anjos de Carvalho; Andrea Mathias Losacco; Olga Beatriz Lopes Martins.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE MATERNA E A EXPERIÊNCIA DA MULHER **32**
Onayane dos Santos Oliveira; Natália Aguilar; Anne Christinny Maroja de Lima Pinto; Ludmila Espíndola Bueno; Jordanna Porto Inácio; José de Aguiar Sousa; Maria Clara da Silva Nero; Beatriz De Morais Utida; Gecely Alves da Silva; Maurício Rouvel Nunes.

INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE DECORRENTES DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES **42**
Paulo Roberto Pereira Borges; Jaqueline Barbosa de Andrade; David Silva da Costa; Mariana Gonçalves Nascimento; Eduarda Borges Rodrigues Landim; Samira Maria da Silva Vieira; Francisca Maêdya Fernandes Cruz; Abraão Henry da Silva Guerilha; Mayconn Douglas Alves dos Santos; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli.

INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL **44**
Paulo Roberto Pereira Borges; Leandro de Oliveira Câmara; Jéssica Xavier de Sá Morais; Elzenira da Silva Rodrigues; Hugo de Sousa Leal Neto; Railane Macedo Bandeira; Maria Antonia Machado Leal; Erica Valnis Moreira Lima; Rafaela Lopes de Oliveira; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

INIQUIDADES EM SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS: O IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO ACESSO E NA CONTINUIDADE DO CUIDADO 46
Onayane dos Santos Oliveira; Diego Alves de Oliveira; Nivia Caroline Porfírio Ferreira; Elysson Mizael de Castro; Sofia Mansur Nonato; Mônica Beatriz Ferreira; Rayanne Monte de Araújo; Maria Clara Lima Siqueira; Beatriz De Morais Utida; Maurício Rouvel Nunes.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SEPSE E SUA INTEGRAÇÃO AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE 57
Michele Almeida dos Santos; Benedita Neida da Silva Flexa; Yara Silva; Eliselma Viana Pinto; Aline Vanjura dos Santos; Renata Cristina Freitas Rebelo; Dilce Maria Mendes Magioli; Pamela Costa Pinto dos Santos; Mariane de Souza Abreu; Andrea Mathias Losacco.

MORBIDADE MATERNA GRAVE E FATORES RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL 69
Rosana Lousa Bermond; Grace Anny Lima do Nascimento; Renata dos Santos da Luz; Pamela Bento dos Santos; Mariana Nascimento Costa; Janaina Ramos; Leiliane Galdino de Melo de Assis; Andresa Silvestre de Sousa; Ana Marissa Moreira de Castro; Natália Aguilar.

PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE PROVENIENTE DO CÂNCER DE ESTÔMAGO EM HOMENS NO BRASIL 76
Paulo Roberto Pereira Borges; Daiane Monique de Sá Martins; Leandro de Oliveira Câmara; Jéssica Xavier de Sá Morais; Maria Antonia Machado Leal; Josué Fernandes da Silva Filho; Hugo de Sousa Leal Neto; Roney Guttiery Ribeiro Costa; Ana Carolina Lino Silverio; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli.

RASTREAMENTO MOLECULAR DO HPV E OS DESAFIOS PARA BUSCA ATIVA, ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E EQUIDADE NO ACESSO 78
Michele Almeida dos Santos; Benedita Neida da Silva Flexa; Kauã Clodoaldo dos Santos Trindade; Emili de Oliveira Lima; Lidiana Maria Leite Matos; Eliselma Viana Pinto; Renata Cristina Freitas Rebelo; Dilce Maria Mendes Magioli; Pamela Costa Pinto dos Santos; Mariane de Souza Abreu.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA E OS FATORES RELACIONADOS À PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO.....89
Samanta Vieira Leal; Benedito Caldeira Rodrigues Neto; Marcelo Leite Cavalcante; Francisco Lucas Rufino Santos Passos; Flaviane Maria dos Santos; Mariana Nascimento Costa; Nayara Ferreira Saraiva Viana; Rosane de Mattos Vieira; Maria Cristina Silva de Souza Mattos; Rosana Mattos do Carmo.

SUGAMADEX VERSUS NEOSTIGMINA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS: REVISÃO INTEGRATIVA 96
Giovana Mitie Bansho.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE HOSPITAL E DOMICÍLIO E A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DE FALHAS ASSISTENCIAIS 98
Marileide Facco Marinato; Mariana Nascimento Costa; Janaina Ramos; Rosana Mattos do Carmo; Maria Cristina Silva de Souza Mattos; Maria Aparecida Ferreira Cardoso de Jesus; Priscila Katzer Thire; Kelly Cristina dos Santos Pires; Damiana Maria Minhaqui da Conceição; Miriam Delmondes Batista.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

A SOBRECARGA EMOCIONAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E SEUS IMPACTOS SOBRE A SAÚDE COLETIVA

Onayane dos Santos Oliveira[1]; Franciele Cardoso[2]; Lucas Mike Naves Silva[3]; Larissa Maria Grande Santos[4]; Maria Luiza Sousa Oliveira[5]; Sofia Mansur Nonato[6]; Mônica Beatriz Ferreira[7]; Beatriz De Morais Utida[8]; Maria de Lourdes Machado de Resende Neta[9]; Maurício Rouvel Nunes[10].

[1] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: nayane.santos.oliveira@gmail.com
[2] HUGOL - Hospital Estadual de Urgências, Goiânia, Goiás, Brasil.
[3] Universidade Evangélica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
[4] Unifunec, Paranaíba, Mato Grosso do Sul, Brasil.
[5] Universidade Potiguar - UNP, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
[6] EMESCAM, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
[7] Universidade Federal de São Paulo -Unifesp/EPM, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
[8] Unirv campus Aparecida de Goiânia, Goiânia, Goiás, Brasil.
[9] Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Teresina, Piauí, Brasil.
[10] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

A sobrecarga emocional tem adquirido relevância crescente no campo da saúde coletiva diante de transformações sociais relacionadas às condições de trabalho, insegurança econômica, hiperconectividade, fragilização das relações sociais e exposição contínua a demandas cotidianas. O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à sobrecarga emocional na sociedade contemporânea e suas repercussões para a saúde coletiva. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida com publicações disponibilizadas entre 2024 e 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, complementadas por documentos da Organização Mundial da Saúde. Foram utilizadas oito publicações relacionadas ao sofrimento psíquico, condições de trabalho, insegurança ocupacional, uso de mídias sociais, insegurança alimentar e desconexão social. Os achados demonstraram que demandas ocupacionais elevadas, precariedade econômica, insegurança quanto ao trabalho, uso problemático das tecnologias digitais e enfraquecimento dos vínculos sociais podem estar relacionados à ansiedade, depressão, alterações do sono, estresse e transtornos mentais comuns. Conclui-se que o enfrentamento da sobrecarga emocional requer intervenções coletivas e intersetoriais que ultrapassem estratégias exclusivamente individuais e considerem as condições sociais associadas ao sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Coletiva; Estresse Psicológico; Determinantes Sociais da Saúde; Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

Emotional overload has gained increasing relevance in the field of public health due to social transformations related to working conditions, economic insecurity, hyperconnectivity, weakening social relationships, and continuous exposure to daily demands. This study aimed to analyze factors associated with emotional overload in contemporary society and its repercussions on public health. This is a narrative literature review based on publications made available between 2024 and 2026

in the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Virtual Health Library databases, complemented by documents from the World Health Organization. Eight publications addressing psychological distress, working conditions, job insecurity, social media use, food insecurity, and social disconnection were used. The findings showed that high occupational demands, economic precariousness, job insecurity, problematic use of digital technologies, and weakened social ties may be associated with anxiety, depression, sleep disturbances, stress, and common mental disorders. It is concluded that addressing emotional overload requires collective and intersectoral interventions that go beyond exclusively individual strategies and consider the social conditions associated with psychological distress.

Keywords: Mental Health; Public Health; Psychological Stress; Social Determinants of Health; Psychological Distress.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental tem ocupado espaço crescente nas discussões relacionadas à saúde coletiva diante da elevada frequência de sofrimento psíquico e transtornos mentais na população mundial, uma vez que mais de um bilhão de pessoas vivem atualmente com algum transtorno mental e grande parcela permanece sem acesso adequado ao cuidado necessário, conforme informa a Organização Mundial da Saúde (2025).

Nesse contexto, a compreensão da sobrecarga emocional contemporânea requer uma perspectiva que ultrapasse interpretações restritas às características individuais, visto que condições de emprego, renda, relações sociais, organização do trabalho, insegurança material e transformações tecnológicas interferem na maneira como as pessoas vivenciam e administram as exigências cotidianas, conforme demonstram Ervin *et al.* (2024).

Além disso, mudanças ocorridas na organização do trabalho durante os últimos anos ampliaram a presença das tecnologias digitais nas atividades profissionais e produziram novas formas de interação entre vida profissional e privada, enquanto demandas elevadas, pressão por produtividade e redução do suporte social apresentam associação com maior ocorrência de sofrimento psíquico entre trabalhadores, segundo Kadri Filho e Lucca (2024).

Paralelamente, a insegurança relacionada à manutenção do emprego representa uma dimensão relevante do sofrimento contemporâneo, pois trajetórias persistentes de

insegurança ocupacional foram relacionadas a piores condições futuras de saúde mental entre homens e mulheres em idade produtiva, conforme verificaram Ervin *et al.* (2024).

No contexto brasileiro, as relações entre condições laborais e sofrimento psíquico também assumem importância para a saúde pública, visto que os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho apresentam repercussões sobre afastamentos, incapacidade laboral e utilização dos sistemas de saúde e de proteção social, de acordo com Santos Júnior e Fischer (2024).

Em paralelo às transformações laborais, a ampliação da presença das redes sociais na vida cotidiana acrescentou novas experiências de exposição, comparação social e conexão permanente, enquanto o uso problemático das mídias sociais apresenta associação com sintomas de depressão, ansiedade, menor bem-estar e problemas relacionados ao sono, segundo Ahmed *et al.* (2024).

Por outro lado, a sobrecarga emocional não se encontra dissociada das condições materiais de existência, pois a insegurança alimentar apresenta associação significativa com sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, dificuldades relacionadas ao sono e menor satisfação com a vida, conforme identificaram Jandaghian-Bidgoli *et al.* (2024).

Da mesma maneira, a fragilização das relações interpessoais tornou-se uma preocupação relevante para a saúde pública, já que aproximadamente uma em cada seis pessoas no mundo vivencia solidão, enquanto a desconexão social se relaciona a consequências para a saúde mental, saúde física, qualidade de vida e mortalidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2025).

Ainda nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (2025) aponta que adolescentes e adultos jovens apresentam frequências particularmente elevadas de solidão, enquanto renda reduzida, baixa escolaridade, condições inadequadas de infraestrutura comunitária e determinadas experiências negativas relacionadas às tecnologias digitais podem ampliar as dificuldades de conexão social.

No Brasil, as desigualdades socioeconômicas também interferem na distribuição do sofrimento psíquico, pois Cavalcanti Prestes *et al.* (2026) encontraram maior prevalência

de transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais residentes em comunidades urbanas vulnerabilizadas, principalmente na presença de baixa renda e medo persistente de perda do trabalho.

Diante de fatores que se acumulam entre trabalho, renda, relações sociais e experiências digitais, a sobrecarga emocional precisa ser analisada como fenômeno relacionado às condições concretas de vida e às transformações que atravessam diferentes grupos populacionais, conforme permitem compreender conjuntamente a Organização Mundial da Saúde (2025) e Cavalcanti Prestes *et al.* (2026).

Objetivo: analisar os fatores associados à sobrecarga emocional na sociedade contemporânea e suas repercussões para a saúde coletiva.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida em setembro de 2026 com a finalidade de reunir e discutir produções científicas recentes relacionadas à sobrecarga emocional e às suas repercussões para a saúde coletiva.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consulta complementar ao portal institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à disponibilidade de documentos internacionais recentes relacionados à saúde mental e à conexão social.

Foram utilizados os descritores “Saúde Mental” (Mental Health), “Estresse Psicológico” (Psychological Stress), “Saúde do Trabalhador” (Occupational Health), “Determinantes Sociais da Saúde” (Social Determinants of Health), “Redes Sociais” (Social Media), “Isolamento Social” (Social Isolation) e “Sofrimento Psíquico” (Psychological Distress), associados por meio dos operadores booleanos AND e OR conforme a necessidade de refinamento das buscas.

Para a composição da revisão, foram priorizadas publicações disponibilizadas entre 2024 e 2026, nos idiomas português e inglês, com conteúdo relacionado à saúde mental

coletiva e aos fatores sociais, ocupacionais, econômicos, tecnológicos ou relacionais associados ao sofrimento psíquico na contemporaneidade.

Foram desconsiderados textos anteriores ao recorte temporal estabelecido, publicações duplicadas e estudos direcionados exclusivamente ao tratamento farmacológico ou às características clínicas de transtornos específicos sem discussão relacionada aos fatores sociais e coletivos associados ao sofrimento emocional.

Após a leitura exploratória das publicações localizadas, o corpus da revisão foi composto por oito referências, incluindo artigos científicos e documentos oficiais internacionais, posteriormente organizados de maneira interpretativa em torno das condições laborais e econômicas, das transformações digitais e das relações sociais associadas à saúde mental.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstraram que a sobrecarga emocional contemporânea apresenta origem multifatorial e se relaciona à interação entre condições de trabalho, dificuldades econômicas, transformações tecnológicas e fragilidade dos vínculos sociais, enquanto a elevada magnitude mundial dos transtornos mentais demonstra que o sofrimento psíquico ultrapassa experiências isoladas e demanda respostas estruturadas no campo da saúde pública, conforme a Organização Mundial da Saúde (2025).

No ambiente ocupacional, Kadri Filho e Lucca (2024) encontraram prevalência de transtornos mentais comuns de 45,38% entre magistrados e 36,94% entre servidores de um órgão do judiciário trabalhista brasileiro, enquanto maiores frequências estiveram associadas principalmente às condições de alta exigência e à redução do suporte social.

Além dos valores gerais, Kadri Filho e Lucca (2024) observaram que nervosismo, tensão ou preocupação foram referidos por 78,15% dos magistrados e 67,34% dos servidores, enquanto dificuldades para dormir alcançaram 54,62% e 44,97%, respectivamente, demonstrando que demandas ocupacionais elevadas podem repercutir simultaneamente sobre aspectos emocionais, cognitivos e relacionados ao repouso.

Em continuidade, a alta demanda psicológica, o baixo controle sobre o trabalho e a redução do suporte social permaneceram associados à maior prevalência de transtornos mentais comuns entre os servidores estudados, indicando que a maneira como a atividade profissional é organizada interfere nas possibilidades de enfrentamento cotidiano das pressões laborais, conforme Kadri Filho e Lucca (2024).

Sob uma perspectiva temporal mais ampla, Santos Júnior e Fischer (2024) analisaram transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho no Brasil por meio de dados previdenciários e demonstraram que o adoecimento mental associado às atividades profissionais precisa ser incorporado às discussões relacionadas à saúde do trabalhador e às políticas públicas.

De forma complementar, Ervin *et al.* (2024) identificaram que diferentes trajetórias caracterizadas por insegurança persistente no emprego estiveram relacionadas a maior probabilidade de pior saúde mental futura, sugerindo que a incerteza prolongada sobre a manutenção da renda e do trabalho pode produzir desgaste emocional que ultrapassa situações pontuais de estresse.

No cenário brasileiro mais recente, Cavalcanti Prestes *et al.* (2026) encontraram prevalência geral de transtornos mentais comuns de 14,0% entre trabalhadores residentes em cinco comunidades urbanas de Salvador, enquanto a proporção alcançou 22,7% entre trabalhadores informais, demonstrando diferenças relevantes conforme a condição de inserção ocupacional.

Além disso, o emprego informal e o medo persistente de perder o trabalho estiveram associados à maior ocorrência de problemas de saúde mental na amostra geral, enquanto a renda mensal reduzida apresentou associação com transtornos mentais comuns entre trabalhadores informais, conforme Cavalcanti Prestes *et al.* (2026).

Dessa maneira, as pressões relacionadas à produtividade não atuam de forma independente das condições econômicas, visto que incerteza laboral, rendimentos insuficientes e dificuldades para garantir necessidades básicas podem ampliar a experiência de preocupação cotidiana e reduzir os recursos materiais disponíveis para enfrentar

situações estressoras, como permitem compreender Cavalcanti Prestes *et al.* (2026) e Ervin *et al.* (2024).

Entre as manifestações mais graves da insegurança material, Jandaghian-Bidgoli *et al.* (2024) reuniram dados de 44 estudos transversais, com mais de 2,2 milhões de participantes na revisão, e encontraram relação significativa entre insegurança alimentar e sofrimento psicológico, especialmente em famílias com menor renda.

Mais especificamente, a insegurança alimentar foi associada a uma chance 3,29 vezes maior de sofrimento psicológico, enquanto ansiedade, depressão, problemas relacionados ao sono e menor satisfação com a vida também apareceram entre os desfechos observados, conforme Jandaghian-Bidgoli *et al.* (2024).

Sob outra dimensão da experiência contemporânea, a intensificação da conectividade digital introduziu novas formas de interação social, informação e trabalho, porém o modo de utilização das plataformas apresenta importância para seus possíveis efeitos sobre a saúde mental, segundo Ahmed *et al.* (2024).

Nesse sentido, Ahmed *et al.* (2024) observaram associações fracas entre uso geral das redes sociais e sintomas de depressão e ansiedade, enquanto o uso problemático apresentou relações mais consistentes com depressão, ansiedade, menor bem-estar e problemas relacionados ao sono, diferença que impede interpretações simplistas segundo as quais toda utilização das redes produziria o mesmo impacto.

Consequentemente, a discussão sobre hiperconectividade precisa considerar frequência, padrão de uso e relação estabelecida pelo indivíduo com as plataformas, visto que a permanência digital contínua pode coexistir com dificuldades de sono, comparação social, sofrimento psicológico e experiências de desconexão interpessoal, conforme apontam Ahmed *et al.* (2024) e a Organização Mundial da Saúde (2025).

Paradoxalmente, a ampliação das possibilidades tecnológicas de comunicação ocorre em um período no qual a solidão permanece frequente em diferentes regiões, pois aproximadamente 16% da população mundial, equivalente a uma em cada seis pessoas,

experimenta solidão, conforme estimativas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde (2025).

Entre adolescentes e jovens de 13 a 29 anos, a frequência estimada de solidão encontra-se entre 17% e 21%, enquanto países de baixa renda apresentam proporção próxima de 24%, valor aproximadamente duas vezes superior ao identificado nos países de alta renda, segundo a Organização Mundial da Saúde (2025).

Além das repercussões emocionais, a solidão e o isolamento social apresentam associação com depressão, ansiedade e diferentes condições físicas, enquanto estimativas recentes relacionam a solidão a aproximadamente 871 mil mortes por ano, demonstrando que a conexão social possui implicações que alcançam a saúde coletiva e a organização das comunidades, conforme a Organização Mundial da Saúde (2025).

A combinação entre pressões laborais e enfraquecimento das relações interpessoais também merece atenção, pois trabalhadores expostos a alta exigência e menor suporte social apresentam maior frequência de sofrimento psíquico, enquanto conexões sociais de qualidade podem atuar como recurso de proteção diante de situações adversas, como indicam Kadri Filho e Lucca (2024) e a Organização Mundial da Saúde (2025).

A leitura conjunta das publicações demonstra, portanto, que situações frequentemente tratadas como problemas individuais, entre elas exaustão, preocupação persistente, ansiedade, dificuldades para dormir e sensação de isolamento, encontram-se relacionadas a contextos sociais que incluem organização do trabalho, insegurança financeira, alimentação, vínculos interpessoais e ambiente digital, conforme permitem observar Jandaghian-Bidgoli *et al.* (2024), Ahmed *et al.* (2024) e Cavalcanti Prestes *et al.* (2026).

Por conseguinte, responsabilizar exclusivamente os indivíduos pela administração de sua sobrecarga emocional tende a limitar as possibilidades de prevenção, uma vez que parcela dos fatores associados ao sofrimento depende de mudanças relacionadas às condições laborais, segurança econômica, suporte comunitário e organização dos serviços

de saúde mental, conforme indicam a Organização Mundial da Saúde (2025) e Ervin *et al.* (2024).

Por fim, intervenções em saúde coletiva precisam articular promoção da saúde mental, condições adequadas de trabalho, fortalecimento das redes de apoio, proteção social e acesso oportuno aos serviços, principalmente porque as necessidades mundiais de saúde mental permanecem elevadas enquanto recursos, profissionais e cobertura assistencial ainda se mostram insuficientes em diferentes contextos, segundo a Organização Mundial da Saúde (2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu compreender que a sobrecarga emocional na sociedade contemporânea se relaciona a um conjunto de transformações sociais, econômicas, ocupacionais e tecnológicas que modificam as formas de trabalhar, interagir, descansar e enfrentar as exigências presentes no cotidiano.

Os achados mostraram que elevada demanda profissional, insegurança no emprego, trabalho informal, baixa renda, insegurança alimentar, uso problemático das redes sociais e enfraquecimento das conexões interpessoais podem contribuir para experiências de ansiedade, depressão, alterações do sono, tensão persistente e transtornos mentais comuns.

Nesse sentido, a saúde mental não deve ser abordada exclusivamente por estratégias direcionadas à adaptação individual, uma vez que parte importante do sofrimento observado se encontra vinculada às condições concretas nas quais as pessoas vivem, trabalham e estabelecem suas relações sociais.

Dessa forma, o enfrentamento da sobrecarga emocional requer ações intersetoriais que envolvam saúde, trabalho, assistência social, educação e políticas de proteção econômica, juntamente com a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental e o fortalecimento de estratégias comunitárias de promoção do bem-estar.

Conclui-se que reconhecer a dimensão coletiva do sofrimento emocional favorece intervenções mais coerentes com a complexidade da vida contemporânea, principalmente

quando as políticas públicas consideram simultaneamente condições materiais, organização laboral, experiências digitais e qualidade das relações sociais.

REFERÊNCIAS

AHMED, Oli *et al.* Social media use, mental health and sleep: a systematic review with meta-analyses. **Journal of Affective Disorders**, v. 367, p. 701-712, 2024. DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.193. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.193. Acesso em: 9 set. 2026.

CAVALCANTI PRESTES, Julia Fernandes *et al.* Employment status, occupational profile, and common mental disorders among workers in urban informal settlements in Brazil. **PLOS Global Public Health**, v. 6, n. 6, e0006314, 2026. DOI: 10.1371/journal.pgph.0006314. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0006314. Acesso em: 9 set. 2026.

ERVIN, Jennifer *et al.* Trajectories of job insecurity and the probability of poorer mental health among prime working-age Australian women and men. **Social Science & Medicine**, v. 349, 116902, 2024. DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.116902. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116902. Acesso em: 9 set. 2026.

JANDAGHIAN-BIDGOLI, Mohammadamin *et al.* Focusing attention on the important association between food insecurity and psychological distress: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nutrition**, v. 10, art. 118, 2024. DOI: 10.1186/s40795-024-00922-1. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s40795-024-00922-1. Acesso em: 9 set. 2026.

KADRI FILHO, Fauzi El; LUCCA, Sérgio Roberto de. Fatores psicossociais e Transtornos Mentais Comuns no teletrabalho do judiciário trabalhista na pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, e8895, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408895P. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408895P. Acesso em: 9 set. 2026.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; FISCHER, Frida Marina. Mental and behavioral disorders related to work in Brazil: temporal trends and the impact of the Social Security Technical Nexus. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, e00031524, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XEN031524. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN031524. Acesso em: 9 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240112360. Acesso em: 9 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health today: latest data**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817. Acesso em: 9 set. 2026.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE POR DOENÇAS EVITÁVEIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Bárbara Suelen Catani[1]; Benedita Neida da Silva Flexa[2]; Benedito Caldeira Rodrigues Neto[3]; Joyce Lourenço Mariano[4]; Mariana Nascimento Costa[5]; Mariana Baptista Dias da Silva[6]; Janaina Ramos[7]; Efrain Brandão de Queiroz[8]; Crislaynne Alves dos Santos[9]; Carla Gianna Leal Reis[10].

[1] Graduada em Medicina pela Universidade Brasil. E-mail: bscatani@gmail.com
[2] Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: flexaneida@gmail.com
[3] Graduando em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Esperança. E-mail: caldeirabenedito172@gmail.com
[4] Pós-graduanda em Saúde Pública e Gestão em Saúde pela UFPR, Enfermeira pela Unicesumar- Curitiba. E-mail: Joylourenco1@gmail.com
[5] Especialista em Gestão e supervisão em sistemas empresariais e educacionais com docência em ensino superior pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA-CE. E-mail: mariananascimentopsicologa@gmail.com
[6] Especialista em Direito Civil e Processual Civil pelo Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter). E-mail: maribds@gmail.com
[7] Especialista em Gestão estratégica em saúde pelo Centro Universitário Internacional Signorelli (Unisignorelli). E-mail: janaguga62@bol.com.br
[8] Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINABUCO. E-mail: efrainbuique007@gmail.com
[9] Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e UTI pela Faculminas Faculdade. E-mail: crislaynnedm@gmail.com
[10] Especialista em Saúde da Família pela UFCE. E-mail: carlagiannalealreis@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores envolvidos nessa relação e suas implicações para o planejamento das ações de prevenção e promoção da equidade no SUS. **MÉTODOS:** Revisão narrativa, qualitativa e descritivo-analítica, realizada na BVS, contemplando LILACS e MEDLINE, além da SciELO e PubMed, com publicações de 2021 a 2026. Foram utilizados os descritores "Racismo" (*Racism*), "Grupos Raciais" (*Racial Groups*), "Mortalidade" (*Mortality*), "Disparidades nos Níveis de Saúde" (*Health Status Disparities*) e "Política de Saúde" (*Health Policy*), combinados pelos operadores AND e OR. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, quatro publicações foram incluídas. **RESULTADOS:** Verificou-se maior mortalidade neonatal precoce entre filhos de mulheres negras, maior mortalidade por transtornos mentais entre pessoas pretas, redução mais lenta das mortes por câncer do colo do útero entre mulheres negras e maior frequência de atrasos no tratamento oncológico nas regiões Norte e Nordeste. **CONCLUSÃO:** As desigualdades raciais na mortalidade evitável resultam da interação entre raça/cor, condições socioeconômicas, território e acesso aos serviços, exigindo qualificação dos registros, fortalecimento da atenção primária, ampliação das ações preventivas e incorporação da equidade racial no planejamento das políticas públicas.

Palavras-chave: Disparidades nos Níveis de Saúde; Grupos Raciais, Mortalidade; Política de Saúde; Racismo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To examine the factors involved in this relationship and their implications for planning prevention actions and promoting equity within the SUS (Unified Health System).

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

METHODS: A narrative, qualitative, and descriptive-analytical review was conducted using the Virtual Health Library (VHL)—covering LILACS and MEDLINE—as well as SciELO and PubMed, including publications from 2021 to 2026. The descriptors used were "Racism," "Racial Groups," "Mortality," "Health Status Disparities," and "Health Policy," combined using the operators AND and OR. After applying eligibility criteria, four publications were included. **RESULTS:** Findings showed higher early neonatal mortality among the children of Black women, higher mortality due to mental disorders among Black individuals, a slower decline in cervical cancer deaths among Black women, and a higher frequency of delays in cancer treatment in the North and Northeast regions. **CONCLUSION:** Racial inequalities in avoidable mortality result from the interaction between race/color, socioeconomic conditions, territory, and access to services; addressing this requires improving data recording, strengthening primary care, expanding preventive actions, and incorporating racial equity into public policy planning.

Keywords: Health Status Disparities; Racial Groups; Mortality; Health Policy; Racism.

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais na mortalidade por doenças evitáveis relacionam-se às condições de vida e ao acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, integrando o campo dos determinantes sociais da saúde. No Brasil, a distribuição desigual de renda, moradia e serviços de saúde compõe o contexto de adoecimento da população negra, enquanto o racismo interfere no atendimento e nas possibilidades de evitar complicações e mortes precoces (Rodrigues; Pfaffenbach; Zanatta, 2021).

Em 2019, pessoas autodeclaradas pretas ou pardas correspondiam a 56,1% da população brasileira, conforme dados do IBGE citados no artigo sobre saúde da população negra e doenças crônicas. A atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus nessa população envolve condições de alimentação, trabalho e renda, além da disponibilidade de acompanhamento contínuo, diagnóstico oportuno e tratamento para prevenir complicações e reduzir o risco de morte (Alves *et al*., 2023).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reconhece o racismo e as desigualdades raciais como determinantes das condições de saúde, incorporando o enfrentamento à discriminação na organização da assistência (Brasil, 2017). Suas diretrizes abrangem a formação profissional e a qualificação das informações segundo raça/cor, necessárias à identificação das diferenças de adoecimento e mortalidade e ao

planejamento de ações compatíveis com as necessidades da população (Rodrigues, 2022; Sousa *et al*., 2026).

Justifica-se este estudo pela necessidade de subsidiar políticas públicas voltadas à redução das diferenças raciais na mortalidade, considerando as barreiras sociais e assistenciais à prevenção de óbitos. O problema de pesquisa consiste em compreender como essas desigualdades se relacionam às mortes por doenças evitáveis, tendo como objetivo analisar os fatores envolvidos nessa relação e suas implicações para o planejamento das ações de prevenção e promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, direcionada às desigualdades raciais na mortalidade por doenças evitáveis e às implicações para as políticas públicas de saúde. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando LILACS e MEDLINE, além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da PubMed. Foram consideradas publicações entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram empregados descritores controlados dos vocabulários DeCS e MeSH: “Racismo” (*Racism*), “Grupos Raciais” (*Racial Groups*), “Mortalidade” (*Mortality*), “Disparidades nos Níveis de Saúde” (*Health Status Disparities*) e “Política de Saúde” (*Health Policy*). Os termos foram combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, com adequação das expressões em português e inglês conforme a base consultada.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados no período delimitado e relacionados à raça/cor, mortalidade, condições socioeconômicas, utilização dos serviços e desfechos potencialmente evitáveis. Excluíram-se duplicatas, textos incompletos, publicações sem relação direta com o tema e produções sem contribuição para a compreensão das iniquidades raciais em saúde. Ao final da seleção, quatro estudos integraram o corpus da revisão e um documento foi excluído.

A análise ocorreu mediante leitura integral e comparativa das publicações, considerando população, raça/cor, condição de saúde, mortalidade, acesso aos serviços e fatores socioeconômicos. Por utilizar somente dados de acesso público e sem identificação individual, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, a heterogeneidade dos estudos e a ausência de estratificação por raça/cor em parte das publicações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção resultou na inclusão de quatro estudos e exclusão de um documento. Os trabalhos incluídos abordaram desigualdades raciais relacionadas à utilização dos serviços de saúde, mortalidade por transtornos mentais, câncer do colo do útero, desfechos neonatais e acesso ao tratamento oncológico. A análise permitiu reunir diferentes dimensões das iniquidades em saúde, considerando raça/cor, condições socioeconômicas, território e acesso aos serviços como elementos relacionados à ocorrência de desfechos potencialmente evitáveis.

Rebouças *et al*. (2024) calcularam que 20,1% das mortes neonatais precoces entre filhos de mulheres negras poderiam ser evitadas caso existissem condições equivalentes às observadas entre mulheres brancas. Medeiros *et al*. (2023) encontraram desvantagem semelhante na saúde mental, com maior mortalidade entre pessoas pretas mesmo após o controle de renda, escolaridade e outras variáveis socioeconômicas. A permanência dessas diferenças mostra que a posição econômica, isoladamente, não explica a desigualdade racial nos desfechos de saúde.

Luiz *et al*. (2024) registraram redução mais lenta da mortalidade por câncer do colo do útero entre mulheres negras, enquanto a diferença em relação às mulheres brancas aumentou entre 2002 e 2021. Sousa *et al*. (2026), embora não tenham estratificado os dados por raça/cor, encontraram maior frequência de atrasos no tratamento oncológico nas regiões Norte e Nordeste. A comparação delimita duas dimensões da iniquidade no SUS: a desigualdade racial na mortalidade e a desigualdade territorial no acesso oportuno à assistência especializada.

Medeiros *et al*. (2023) registraram menor uso da atenção primária por pessoas pretas e pardas, acompanhado de maior mortalidade por transtornos mentais entre pessoas pretas. Rebouças *et al*. (2024) identificaram maior proporção de desfechos neonatais adversos entre mulheres negras, pardas e indígenas com menor escolaridade. No planejamento das políticas públicas, esse padrão exige qualificação do registro de raça/cor, ampliação das ações preventivas e priorização de grupos submetidos simultaneamente a barreiras raciais e socioeconômicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades raciais na mortalidade por doenças evitáveis relacionam-se à combinação entre raça/cor, condições socioeconômicas, território e acesso aos serviços de saúde. A maior mortalidade neonatal entre filhos de mulheres negras, a mortalidade por transtornos mentais entre pessoas pretas e a redução mais lenta das mortes por câncer do colo do útero entre mulheres negras confirmam a persistência de iniquidades que não podem ser explicadas apenas pela condição econômica. A prevenção desses óbitos exige acesso oportuno, continuidade assistencial e qualidade do cuidado no SUS.

No campo das políticas públicas, a redução dessas diferenças requer a incorporação efetiva da variável raça/cor no planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços. A qualificação dos registros, o fortalecimento da atenção primária, a ampliação das ações preventivas e o acesso oportuno à assistência especializada constituem medidas diretamente relacionadas à prevenção de desfechos evitáveis. A priorização de grupos expostos simultaneamente a barreiras raciais, sociais e territoriais pode favorecer maior equidade na atenção à saúde.

A principal contribuição deste trabalho consiste em relacionar mortalidade evitável, desigualdade racial e organização da assistência, demonstrando que a raça/cor deve ocupar posição central na formulação de ações voltadas à equidade. Para a gestão e para a assistência, essa compreensão pode orientar a definição de prioridades, indicadores e intervenções direcionadas às populações com maior vulnerabilidade. No campo científico,

amplia-se a necessidade de investigar como o acesso e a continuidade do cuidado interferem nas diferenças raciais de mortalidade.

Entre as limitações encontram-se o caráter não exaustivo da revisão narrativa, o número reduzido de publicações incluídas, a heterogeneidade dos desfechos e a ausência de estratificação por raça/cor em parte das produções. Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem delineamentos longitudinais e análises regionais, considerando simultaneamente raça/cor, renda, escolaridade e território. Também se mostra necessária a avaliação dos efeitos das políticas de equidade racial sobre acesso aos serviços, continuidade assistencial e redução da mortalidade evitável.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Gerferson *et al.* Saúde da população negra brasileira no contexto das doenças crônicas: uma reflexão para políticas públicas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, 2023. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1605. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1605.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010.

LUIZ, Olinda do Carmo *et al.* Racial iniquity in mortality from cervical cancer in Brazil: a time trend study from 2002 to 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e05202023, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05202023EN. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rVNXKSKz77VpZgZtTT4LGHm/?lang=en.

MEDEIROS, Sophia *et al.* Racial inequalities in mental healthcare use and mortality: a cross-sectional analysis of 1.2 million low-income individuals in Rio de Janeiro, Brazil 2010–2016. **BMJ Global Health**, v. 8, n. 12, e013327, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013327. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10693873/.

REBOUÇAS, Poliana *et al.* Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 37, 100833, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100833. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11269955/.

RODRIGUES, Carol Cardoso. **Mulheres negras**: o paradoxo entre corpos visíveis na morte, mas invisíveis para as políticas públicas de redução da mortalidade materna. 2022. Dissertação

(Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/276672.

RODRIGUES, Marcos Paulo; PFAFFENBACH, Grace; ZANATTA, Aline Bedin. Iniquidades raciais em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 13, n. 37, p. 485-510, 2021. DOI: https://doi.org/10.31418/2177-2770.2021.v13.n.37.p485-510. Disponível em: https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1177.

SOUSA, Luiz Vinicius de Alcantara *et al.* Colorectal Cancer in Brazil: Regional Disparities and Temporal Trends in Diagnosis and Treatment, 2013–2024. **Diseases**, v. 14, n. 2, 40, 2026. DOI: https://doi.org/10.3390/diseases14020040. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12939697/.

SOUSA, Vanessa Alves *et al.* Desigualdades étnico-raciais na saúde da população negra no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 39, 2026. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2026.16679. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/16679.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS E ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

Maria Aparecida Ferreira Cardoso de Jesus[1]; Benedita Neida da Silva Flexa[2]; Anna Tabita Batista Brasil[3]; Mariana Nascimento Costa[4]; Janaina Ramos[5]; Pamela Bento dos Santos[6]; Joane e Silva Vasconcelos Santos[7]; Rosilene dos Anjos de Carvalho[8]; Andrea Mathias Losacco[9]; Olga Beatriz Lopes Martins[10].

[1] Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Grande Rio. E-mail: gabiairam51@gmail.com
[2] Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: flexaneida@gmail.com
[3] Graduanda em Pedagogia pela UFRA. E-mail: annabbrasil08@gmail.com
[4] Especialista em Gestão e supervisão em sistemas empresariais e educacionais com docência em ensino superior pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA-CE. E-mail: mariananascimentopsicologa@gmail.com
[5] Especialista em Gestão estratégica em saúde pelo Centro Universitário Internacional Signorelli (Unisignorelli). E-mail: janaguga62@bol.com.br
[6] Especialização em controle de infecção em assistência à saúde pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: enfapamelasantos@gmail.com
[7] Especialista em Enfermagem em Emergência pelo IPOG-Instituto de Pós-graduação e Graduação. E-mail: joane_vasconcelos@hotmail.com
[8] Especialista em Saúde mental pela UFRJ. E-mail: rosianjjos@hotmail.com
[9] Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo- USP. E-mail: adrea.losacco@emilioribas.sp.gov.br
[10] Doutora em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus JK. E-mail: olga.lopes@ufvjm.edu.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os impactos desse fenômeno sobre as práticas preventivas e o cumprimento das orientações sanitárias. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, com buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, contemplando LILACS e MEDLINE, SciELO e PubMed. Utilizaram-se os descritores "Desinformação" (*Disinformation*), "Comportamento de Saúde" (*Health Behavior*), "Comportamento de Redução do Risco" (*Risk Reduction Behavior*) e "Saúde Pública" (*Public Health*), com correspondentes MeSH e operadores *AND* e *OR*. Incluíram-se artigos de 2023 a 2026, em português, inglês ou espanhol; quatro publicações compuseram a análise e uma foi excluída. **RESULTADOS:** A desinformação mostrou-se associada à redução da adesão preventiva, à hesitação vacinal, à perda de confiança em instituições e fontes científicas e à maior dificuldade para reconhecer conteúdos confiáveis. Estratégias combinando educação em saúde, comunicação horizontal, ações digitais, atividades presenciais e adequação sociocultural apresentaram maior potencial de enfrentamento. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a desinformação compromete decisões preventivas e o cumprimento das orientações sanitárias, exigindo ações contínuas de alfabetização em saúde e comunicação qualificada. O estudo contribui ao relacionar confiança informacional, adesão preventiva e estratégias de enfrentamento aplicáveis à saúde pública.

Palavras-chave: Desinformação; Comportamento de Saúde; Comportamento de Redução do Risco; Saúde Pública.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the impacts of this phenomenon on preventive practices and adherence to health guidelines. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-analytical nature, involving searches in the Virtual Health Library (covering LILACS and MEDLINE), SciELO, and PubMed. The descriptors used were "Disinformation," "Health Behavior," "Risk Reduction Behavior," and "Public Health," along with corresponding MeSH terms and the Boolean operators AND and OR. Articles published between 2023 and 2026 in Portuguese, English, or Spanish were included; four publications were analyzed, and one was excluded. **RESULTS:** Disinformation was associated with reduced adherence to preventive measures, vaccine hesitancy, a loss of trust in institutions and scientific sources, and greater difficulty in identifying reliable content. Strategies combining health education, horizontal communication, digital initiatives, in-person activities, and sociocultural adaptation showed the greatest potential for addressing the issue. **CONCLUSION:** Disinformation compromises preventive decision-making and adherence to health guidelines, necessitating ongoing health literacy efforts and high-quality communication. This study contributes by linking informational trust, preventive adherence, and coping strategies applicable to public health.

Keywords: Misinformation; Health Behavior; Risk-Reduction Behavior; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A desinformação em saúde compreende a circulação de conteúdos falsos, imprecisos ou enganosos capazes de interferir na compreensão de riscos e na tomada de decisões relacionadas ao cuidado. A expansão das redes sociais ampliou a velocidade e o alcance dessas informações, favorecendo um ambiente informacional no qual conteúdos sem respaldo científico podem influenciar práticas preventivas, adesão a tratamentos e confiança nas orientações emitidas pelas instituições sanitárias (Vidal *et al*., 2025).

No campo da saúde pública, os efeitos desse fenômeno alcançam recomendações relacionadas à vacinação, prevenção de doenças e adoção de condutas fundamentadas em evidências (Lopatiuk *et al*., 2026). A hesitação vacinal constitui uma expressão relevante desse cenário, pois informações difundidas sem fontes científicas podem gerar dúvidas sobre segurança e eficácia das vacinas, interferindo na decisão de receber ou adiar a imunização e comprometendo estratégias coletivas de prevenção de doenças transmissíveis (Rebouças; Herrera; Ferreira, 2025).

A influência da informação sobre comportamentos preventivos também pode ser observada no cuidado relacionado ao câncer do colo do útero. Em pesquisa realizada com 70 mulheres, 61,4% relataram dúvidas sobre informações divulgadas nas redes sociais acerca do HPV e do exame preventivo, enquanto 87,1% reconheciam a importância do Papanicolau, embora somente metade tivesse realizado o procedimento, demonstrando a coexistência entre acesso à informação, dúvidas e adesão às medidas de prevenção (Santos *et al*., 2026).

Diante da ampla circulação de informações sobre saúde nos meios digitais, justifica-se compreender seus efeitos sobre decisões individuais e medidas de prevenção. O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste na influência da desinformação sobre os comportamentos preventivos e a adesão às recomendações de saúde pública. Assim, objetiva-se analisar os impactos desse fenômeno sobre as práticas preventivas e o cumprimento das orientações sanitárias.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, voltada à compreensão dos impactos da desinformação em saúde sobre comportamentos preventivos e adesão às recomendações de saúde pública. O delineamento permitiu abordar vacinação, confiança nas instituições, práticas preventivas e estratégias educativas e comunicacionais. Ao final da seleção, foram incluídas quatro publicações e excluída uma.

A busca ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando LILACS e MEDLINE, além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da PubMed. Foram utilizados descritores DeCS e seus correspondentes MeSH: “Desinformação” (*Disinformation*), “Comportamento de Saúde” (*Health Behavior*), “Comportamento de Redução do Risco” (*Risk Reduction Behavior*) e “Saúde Pública” (*Public Health*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos publicados entre 2023 e 2026, disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol, relacionados à desinformação, prevenção e adesão às

orientações de saúde pública. Excluíram-se duplicatas, textos incompletos e publicações sem relação direta com o objetivo da pesquisa. A seleção ocorreu pela leitura dos títulos, resumos e textos completos, resultando em quatro publicações incluídas e uma excluída.

A análise foi realizada mediante leitura integral e interpretação do conteúdo, considerando desinformação, adesão preventiva, confiança nas fontes e estratégias de enfrentamento, com confronto entre as contribuições dos autores. Por utilizar exclusivamente publicações científicas, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se o número reduzido de publicações, o recorte temporal e a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica dos artigos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos quatro estudos e excluído um, após aplicação dos critérios estabelecidos para seleção das publicações. A leitura do material permitiu organizar os resultados conforme os impactos da desinformação sobre comportamentos preventivos, adesão vacinal, confiança nas instituições e cumprimento das recomendações de saúde pública. Também foram consideradas as estratégias educativas e comunicacionais relacionadas ao enfrentamento de conteúdos falsos e à qualificação das decisões em saúde.

Lopes *et al*. (2025) identificaram maior potencial de enfrentamento da desinformação quando campanhas digitais, oficinas presenciais, atividades escolares e comunicação comunitária são combinadas e adaptadas ao público. Duarte *et al*. (2025) ampliam essa interpretação ao relacionar a efetividade das ações à comunicação horizontal e culturalmente sensível. A aproximação entre essas abordagens demonstra que transmitir informações corretas, isoladamente, pode ser insuficiente quando não são consideradas as condições sociais e informacionais dos diferentes grupos.

Marques *et al*. (2023) descrevem a desinformação como fenômeno composto por distorções capazes de dificultar a apropriação social do conhecimento e comprometer a credibilidade atribuída às fontes científicas. Iancheski e Paula (2026) aproximam essa dinâmica das decisões sanitárias ao relacionar conteúdos falsos à menor adesão preventiva

e à desconfiança nas instituições. A associação entre circulação de informações imprecisas e perda de credibilidade favorece escolhas incompatíveis com recomendações fundamentadas cientificamente, principalmente em cenários de elevada exposição digital.

Lopes *et al*. (2025) defendem intervenções educativas diversificadas para esclarecer dúvidas, corrigir informações falsas e fortalecer a confiança necessária à adesão vacinal, embora ressaltem a escassez de avaliações de longo prazo dessas estratégias. Marques *et al*. (2023), por outro lado, enfatizam a necessidade de mecanismos contínuos de enfrentamento diante das diferentes modalidades assumidas pela desinformação. Assim, comportamentos preventivos não dependem somente da disponibilidade de orientações, mas também da capacidade de reconhecer fontes confiáveis e interpretar criticamente conteúdos relacionados à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinformação em saúde interfere nos comportamentos preventivos ao fragilizar a confiança em fontes científicas e dificultar a adesão às recomendações sanitárias. Seus efeitos alcançam decisões relacionadas à vacinação e à prevenção de doenças, especialmente quando há dificuldade para reconhecer informações confiáveis. Dessa forma, o objetivo do estudo foi atendido ao analisar como esse fenômeno influencia práticas preventivas e decisões em saúde.

O enfrentamento da desinformação exige ações que articulem educação em saúde, comunicação acessível e aproximação entre profissionais, instituições e população. Estratégias adaptadas às características sociais e culturais dos diferentes públicos podem favorecer a compreensão das orientações sanitárias, fortalecer a confiança institucional e ampliar a capacidade de tomada de decisão diante de conteúdos divulgados nos meios digitais.

A principal contribuição do trabalho consiste em relacionar desinformação, confiança nas fontes e adesão preventiva, oferecendo subsídios para ações educativas, assistenciais e de gestão. No campo acadêmico, amplia-se a compreensão da desinformação

como fator capaz de modificar decisões sanitárias, enquanto, no âmbito social, reforça-se a importância da alfabetização em saúde para escolhas mais seguras e fundamentadas.

Entre as limitações estão o número reduzido de publicações, o recorte temporal e a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica dos artigos. Recomenda-se que pesquisas futuras incluam diferentes grupos populacionais e plataformas digitais, além de acompanhamentos longitudinais e avaliações de intervenções educativas, comunicacionais e de alfabetização em saúde voltadas à redução dos efeitos da desinformação.

REFERÊNCIAS

DUARTE, Franciely Fernandes *et al.* Saúde pública e educação popular em saúde: estratégias de comunicação para combater a desinformação e fake news. **Interference Journal of Applied Chemistry**, v. 11, n. 2, p. 4764-4777, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p4764-4777. Disponível em: https://interferencejournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/358.

IANCHESKI, Karolina; PAULA, Maria Eduarda Lima de. A infodemia no contexto pós-pandêmico: impactos da desinformação e estratégias na prática profissional da enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 5, 2026. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v12i5.26317. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/26317.

LOPATIUK, Carlos *et al.* Efeitos da desinformação na saúde pública: uma revisão da literatura. **Revista Tópicos**, 12 jan. 2026. DOI: https://doi.org/10.70773/revistatopicos/1768245629. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/artigos/efeitos-da-desinformacao-na-saude-publica-uma-revisao-da-literatura.

LOPES, Aldaci Santos *et al.* Educação em saúde nas campanhas vacinais: estratégias educativas contra a desinformação. **Nursing**, v. 30, n. 325, p. 11036-11047, 2025. DOI: https://doi.org/10.36489/nursing.2025v325i30p11036-11047. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3376.

MARQUES, Rodolfo Silva *et al.* Os desafios do combate à desinformação no Brasil: modalidades e perspectivas. **Journal of Science Communication – América Latina (JCOMAL)**, v. 6, n. 1, A07, 2023. DOI: https://doi.org/10.22323/3.06010207. Disponível em: https://jcomal.sissa.it/article/pubid/JCOMAL_0601_2023_A07/.

REBOUÇAS, Ana Júlia da Silva; HERRERA, Jasmin Nicole Lopes; FERREIRA, Vitória Mendes. Desinformação e seus impactos à adesão à imunização: consequências para a saúde pública. **RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 1, n. 2, 2025. DOI:

https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i2.2025.1224. Disponível em: https://submissoesrevistarcmos.com.br/rcmos/article/view/1224.

SANTOS, Élida Silva *et al.* A desinformação e as principais limitações para o enfrentamento do câncer de colo de útero: um desafio para a saúde pública. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 92, 2026. DOI: https://doi.org/10.54899/dcs.v23i92.6421. Disponível em: https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/6421.

VIDAL, Gislleny *et al.* Desinformação em saúde nas redes sociais: desafios para a saúde coletiva. **Interference Journal of Applied Chemistry**, v. 11, n. 2, p. 2119-2129, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p2119-2129. Disponível em: https://interferencejournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/201.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE MATERNA E A EXPERIÊNCIA DA MULHER

Onayane dos Santos Oliveira[1]; Natália Aguilar[2]; Anne Christinny Maroja de Lima Pinto[3]; Ludmila Espíndola Bueno[4]; Jordanna Porto Inácio[5]; José de Aguiar Sousa[6]; Maria Clara da Silva Nero[7]; Beatriz De Morais Utida[8]; Gecely Alves da Silva[9]; Maurício Rouvel Nunes[10].

[1] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: nayane.santos.oliveira@gmail.com
[2] Universidad Europea del Atlántico, São Paulo, São Paulo, Brasil.
[3] Centro Universitário - Unipê, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
[4] Universidade de Rio Verde, Goiânia, Goiás, Brasil.
[5] Faculdade Atenas, Goiânia, Goiás, Brasil.
[6] Faculdade Dos Vales, Chorozinho, Ceará, Brasil.
[7] UEM, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
[8] Unirv campus Aparecida de Goiânia, Goiânia, Goiás, Brasil.
[9] Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Nova Xavantina, Mato Grosso, Brasil.
[10] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

A humanização da assistência ao parto e nascimento envolve práticas orientadas pelo respeito, dignidade, autonomia, comunicação e segurança, considerando a mulher participante das decisões relacionadas ao próprio cuidado. O presente estudo teve como objetivo analisar as repercussões da assistência humanizada durante o parto e o nascimento para a saúde materna e para a experiência da mulher. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida a partir de publicações disponibilizadas entre 2024 e 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, complementadas por documento da Organização Mundial da Saúde. Foram utilizadas oito publicações relacionadas ao cuidado respeitoso, autonomia, boas práticas obstétricas, métodos não farmacológicos, experiência do parto e maus-tratos durante a assistência. Os achados demonstraram que comunicação adequada, participação nas decisões, presença de acompanhante, suporte profissional, liberdade de escolha e utilização criteriosa das intervenções favorecem experiências mais positivas, enquanto desrespeito, procedimentos sem consentimento e limitação da autonomia podem produzir sofrimento emocional e repercussões psicológicas após o nascimento. Conclui-se que a humanização requer articulação entre segurança clínica, direitos, autonomia e relações assistenciais respeitosas durante todo o processo de parturição.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Saúde Materna; Assistência ao Parto; Autonomia Pessoal; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Humanization of childbirth and birth care involves practices guided by respect, dignity, autonomy, communication, and safety, considering women as active participants in decisions related to their own care. This study aimed to analyze the repercussions of humanized care during labor and birth on maternal health and women's childbirth experiences. This is a narrative literature review based on publications made available between 2024 and 2026 in the PubMed/MEDLINE, SciELO, and

Virtual Health Library databases, complemented by a document from the World Health Organization. Eight publications addressing respectful care, autonomy, good obstetric practices, non-pharmacological methods, childbirth experience, and mistreatment during care were used. The findings showed that adequate communication, participation in decision-making, the presence of a companion, professional support, freedom of choice, and appropriate use of interventions favor more positive experiences, while disrespect, procedures performed without consent, and restricted autonomy may lead to emotional distress and psychological repercussions after birth. It is concluded that humanization requires the integration of clinical safety, rights, autonomy, and respectful care relationships throughout the childbirth process.

Keywords: Humanized Childbirth; Maternal Health; Delivery Care; Personal Autonomy; Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento representam acontecimentos que envolvem dimensões fisiológicas, emocionais e sociais e, por isso, a qualidade da assistência não pode ser analisada exclusivamente a partir dos desfechos clínicos, uma vez que dignidade, segurança, comunicação, autonomia e participação da mulher nas decisões integram o cuidado materno respeitoso, conforme estabelece a Organização Mundial da Saúde (2025).

Nesse contexto, a humanização da assistência encontra-se associada à organização de um cuidado centrado nas necessidades e preferências da mulher, no qual informações compreensíveis, consentimento, privacidade, respeito às escolhas e proteção contra maus-tratos devem acompanhar as práticas clínicas utilizadas durante o trabalho de parto e o nascimento, conforme destacam Mira-Catalá, Hernández-Aguado e Chilet-Rosell (2024).

Além disso, a experiência vivenciada durante o nascimento pode permanecer na memória materna muito depois da alta hospitalar, pois acolhimento profissional, vínculo com a equipe, comunicação efetiva e participação nas decisões foram associados a experiências mais positivas entre mulheres atendidas em maternidades brasileiras, segundo Supimpa *et al.* (2024).

Em contrapartida, a existência de serviços obstétricos e de tecnologias capazes de ampliar a segurança materna não impede a ocorrência de práticas que limitam a participação feminina, visto que mulheres brasileiras ainda relatam situações nas quais seus

desejos referentes à via de nascimento não são considerados durante a decisão profissional, conforme observaram Dorneles *et al.* (2025).

Sob a perspectiva assistencial, as boas práticas também incluem medidas capazes de proporcionar conforto e favorecer a experiência durante o trabalho de parto, entre elas mobilidade, banho morno, exercícios com bola, técnicas respiratórias e outras estratégias não farmacológicas, algumas das quais apresentaram resultados favoráveis relacionados à duração do processo de parturição na revisão conduzida por Gregolis *et al.* (2024).

Da mesma forma, presença de acompanhante, contato pele a pele, métodos não farmacológicos para manejo da dor e clampeamento oportuno do cordão aparecem entre as práticas relacionadas a uma assistência obstétrica mais próxima das recomendações contemporâneas de cuidado, conforme demonstraram Gondim *et al.* (2024) em estudo realizado com 1.442 parturientes.

Entretanto, a incorporação dessas práticas ocorre de maneira desigual entre os serviços, uma vez que Canario *et al.* (2024) encontraram maior frequência de métodos não farmacológicos, presença de acompanhante e orientações entre mulheres de risco habitual ou intermediário, enquanto parturientes de alto risco apresentaram menor frequência de informações relacionadas a determinadas intervenções durante o trabalho de parto.

Além das consequências sobre a satisfação e a percepção da assistência, experiências de maus-tratos podem alcançar a saúde mental depois do nascimento, pois Baldisserotto *et al.* (2026), em pesquisa brasileira com 651 participantes, identificaram associação entre maus-tratos durante a assistência ao parto e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao nascimento.

Diante desse cenário, discutir humanização implica compreender que segurança clínica e experiência positiva precisam ser desenvolvidas de maneira articulada, já que o cuidado respeitoso busca proteger a mulher contra danos e maus-tratos enquanto assegura escolhas informadas, dignidade e participação nas decisões relacionadas à assistência, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde (2025).

Objetivo: analisar as repercussões da assistência humanizada durante o parto e o nascimento para a saúde materna e para a experiência da mulher.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida em setembro de 2026 com a finalidade de reunir e discutir publicações recentes relacionadas à humanização da assistência ao parto e nascimento e às suas repercussões para a saúde e a experiência das mulheres.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo complementada por consulta ao portal institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para obtenção de documento internacional atualizado relacionado ao cuidado materno e neonatal respeitoso.

Foram utilizados os descritores “Parto Humanizado” (Humanized Childbirth), “Saúde Materna” (Maternal Health), “Assistência ao Parto” (Delivery of Health Care), “Autonomia Pessoal” (Personal Autonomy), “Violência Obstétrica” (Obstetric Violence), “Satisfação do Paciente” (Patient Satisfaction) e “Saúde da Mulher” (Women's Health), combinados pelos operadores booleanos AND e OR de acordo com as diferentes estratégias de busca.

Foram priorizadas publicações disponibilizadas entre 2024 e 2026, nos idiomas português e inglês, diretamente relacionadas à experiência da mulher durante o parto, autonomia, cuidado respeitoso, boas práticas obstétricas, métodos não farmacológicos, participação nas decisões e repercussões decorrentes de maus-tratos durante a assistência.

Foram desconsiderados estudos anteriores ao recorte temporal estabelecido, documentos duplicados, publicações sem acesso às informações necessárias à análise e trabalhos cujo conteúdo estivesse restrito a condições obstétricas específicas sem relação direta com humanização, experiência da mulher ou qualidade da assistência.

Após a leitura exploratória do material localizado, foram utilizadas oito publicações, compostas por sete artigos científicos publicados entre 2024 e 2026 e um

documento internacional de 2025, sendo os achados organizados narrativamente em torno de três aspectos: respeito e autonomia feminina, boas práticas durante o trabalho de parto e repercussões da qualidade assistencial sobre a experiência e a saúde materna.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações demonstrou inicialmente que a humanização não se limita à redução de procedimentos obstétricos, pois envolve uma relação assistencial na qual dignidade, proteção contra maus-tratos, privacidade, informação, escolha e consentimento acompanham as decisões clínicas adotadas durante a gestação, o trabalho de parto, o nascimento e o período posterior, conforme estabelece a Organização Mundial da Saúde (2025).

Nessa perspectiva, a participação feminina nas decisões aparece como dimensão importante da experiência do nascimento, uma vez que Supimpa *et al.* (2024), durante investigação qualitativa com mulheres imigrantes atendidas em duas maternidades públicas de Curitiba, identificou que participação nas escolhas, pré-natal informativo, vínculo com os profissionais e comunicação efetiva favoreceram relatos mais positivos sobre o processo de parto.

Entretanto, a possibilidade de expressar preferências não significa necessariamente que elas sejam incorporadas à decisão assistencial, pois Dorneles *et al.* (2025), em estudo com 14 mulheres entrevistadas durante a gestação e novamente após o nascimento, observaram que a maioria manifestava preferência pelo parto vaginal, embora diversas participantes tenham relatado posteriormente que a via de nascimento foi definida sem consideração suficiente de seus desejos.

Dessa maneira, a comunicação entre profissionais e parturientes precisa ultrapassar a transmissão unilateral de informações e favorecer compreensão, diálogo e participação efetiva, visto que o cuidado respeitoso pressupõe liberdade para realizar escolhas informadas e requer que necessidades e preferências sejam consideradas durante a assistência, segundo a Organização Mundial da Saúde (2025).

Além da autonomia, os achados demonstraram que determinadas práticas assistenciais podem contribuir simultaneamente para o conforto materno e para uma vivência mais acolhedora, pois Gregolis *et al.* (2024) identificaram que banho quente ou morno, caminhada, exercícios com bola, técnicas respiratórias, acupuntura, acupressão, mobilidade e algumas posições apresentaram resultados favoráveis relacionados à duração de diferentes etapas do trabalho de parto.

Embora os resultados relacionados à duração não tenham sido uniformes para todas as estratégias avaliadas, a possibilidade de utilizar medidas não farmacológicas amplia as alternativas oferecidas durante o trabalho de parto e permite que conforto, mobilidade e preferências femininas sejam incorporados ao acompanhamento clínico, conforme a análise apresentada por Gregolis *et al.* (2024).

No cenário hospitalar brasileiro, Gondim *et al.* (2024) analisaram 1.442 parturientes de risco habitual e identificaram que 28,6% tiveram parto vaginal, enquanto 71,4% foram submetidas à cesariana, diferença que também se relacionou à frequência de algumas boas práticas oferecidas durante a assistência.

Mais especificamente, mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram 3,95 vezes mais chances de realizar contato pele a pele, 13,2 vezes mais chances de utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor e 1,7 vez mais chances de contar com acompanhante, quando comparadas às participantes submetidas à cesariana, conforme Gondim *et al.* (2024).

Além disso, o parto vaginal esteve associado a 1,6 vez mais chances de clampeamento oportuno do cordão umbilical, indicando que determinadas boas práticas podem se concentrar de maneira distinta conforme a via de nascimento e a organização da assistência prestada em cada contexto, segundo Gondim *et al.* (2024).

Em outra investigação brasileira, Canario *et al.* (2024) analisaram a assistência em maternidades públicas de referência a partir de 299 puérperas na etapa quantitativa e 32 mulheres na etapa qualitativa, observando maior frequência de métodos não farmacológicos, acompanhante e orientações entre parturientes classificadas como de risco

habitual ou intermediário. Em contraste, mulheres atendidas em maternidade de alto risco apresentaram menor frequência de informações sobre o toque vaginal e outras particularidades da assistência, enquanto a posição litotômica permaneceu predominante nas instituições investigadas, segundo Canario *et al.* (2024).

Tais diferenças demonstram que a humanização precisa alcançar mulheres com distintos perfis obstétricos, pois situações de maior risco clínico podem exigir intervenções e vigilância intensificadas sem afastar a necessidade de informação, consentimento, privacidade e participação da mulher nas decisões possíveis dentro de cada situação, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde (2025). Sob a perspectiva da experiência feminina, Supimpa *et al.* (2024) também observou que o cuidado oferecido pela equipe, o estabelecimento de vínculo e a possibilidade de compreender o que acontecia durante o processo contribuíam para experiências positivas, enquanto dificuldades relacionadas à sensibilidade cultural demonstraram a necessidade de adaptar a comunicação às características e necessidades de cada mulher.

Por outro lado, quando a relação assistencial é marcada por desrespeito ou maus-tratos, as consequências podem ultrapassar o momento do parto, pois Baldisserotto *et al.* (2026) identificaram associação significativa entre maus-tratos durante a assistência e transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao nascimento entre mulheres brasileiras. Além dessa associação direta, satisfação com a experiência de nascimento e percepção do parto como traumático participaram da relação entre maus-tratos e sintomas de estresse pós-traumático no modelo analisado pelas pesquisadoras, reforçando que a maneira como a mulher vivencia e interpreta o atendimento recebido apresenta repercussões psicológicas posteriores, conforme Baldisserotto *et al.* (2026).

Consequentemente, práticas inadequadas não devem ser avaliadas somente pelo risco de dano físico imediato, pois a qualidade da relação estabelecida durante o atendimento pode interferir na experiência emocional e na maneira como o nascimento é lembrado posteriormente, como permitem compreender conjuntamente Baldisserotto *et al.* (2026) e Supimpa *et al.* (2024).

Em âmbito internacional, Mira-Catalá, Hernández-Aguado e Chilet-Rosell (2024) analisaram dez estudos que avaliaram intervenções destinadas à redução de desrespeito e maus-tratos durante o parto, identificando a capacitação dos profissionais como a estratégia investigada com maior frequência entre as iniciativas de cuidado materno respeitoso. Além da capacitação profissional, foram encontradas estratégias como retorno contínuo das usuárias, melhoria da infraestrutura, dias de maternidade aberta, aconselhamento dos profissionais, listas de verificação e materiais informativos, demonstrando que mudanças na qualidade da assistência podem envolver diferentes níveis da organização institucional, conforme Mira-Catalá, Hernández-Aguado e Chilet-Rosell (2024).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (2025) reforça que a consolidação do cuidado respeitoso depende de intervenções que alcancem tanto o comportamento e a formação dos profissionais quanto políticas institucionais, condições de trabalho, infraestrutura, organização dos serviços e participação das mulheres e famílias no planejamento e avaliação da assistência. A leitura conjunta dos estudos demonstra, portanto, que a humanização se expressa em práticas concretas durante todo o percurso assistencial, incluindo escuta das preferências, consentimento, presença de acompanhante, métodos de conforto, liberdade compatível com a condição clínica, informações compreensíveis e redução de procedimentos realizados sem indicação ou diálogo adequado, como apontam Gondim *et al.* (2024) e Dorneles *et al.* (2025).

Por fim, a assistência humanizada precisa conciliar recursos clínicos necessários à proteção materna e neonatal com relações de cuidado capazes de preservar dignidade e autonomia, uma vez que experiências positivas se mostram relacionadas à comunicação e à participação feminina, enquanto maus-tratos podem produzir repercussões psicológicas posteriores, conforme demonstram Supimpa *et al.* (2024) e Baldisserotto *et al.* (2026).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu compreender que a humanização da assistência ao parto e nascimento envolve dimensões clínicas, relacionais e subjetivas que precisam permanecer

articuladas para que a proteção da saúde materna seja acompanhada por uma experiência marcada por respeito, segurança e participação feminina.

Os achados demonstraram que comunicação adequada, acolhimento, presença de acompanhante, participação nas decisões, métodos não farmacológicos para conforto e valorização das preferências podem favorecer uma experiência mais positiva durante a parturição, enquanto limitações de autonomia, ausência de informações e práticas desrespeitosas comprometem a qualidade percebida da assistência.

Também foi possível observar que as repercussões de uma experiência negativa podem permanecer depois do nascimento e alcançar a saúde emocional da mulher, o que reforça a necessidade de considerar a percepção materna como dimensão relevante na avaliação da qualidade dos serviços obstétricos.

Nesse sentido, a humanização não pressupõe afastamento das tecnologias, procedimentos ou intervenções necessárias à segurança materna e neonatal, mas requer que sua utilização seja acompanhada por indicação adequada, comunicação compreensível e respeito às escolhas possíveis diante das condições clínicas apresentadas.

Conclui-se, portanto, que a qualificação da assistência obstétrica requer investimento contínuo na formação das equipes, organização dos serviços, valorização das boas práticas, comunicação profissional e proteção dos direitos das mulheres, favorecendo um processo de parto e nascimento clinicamente seguro e, simultaneamente, respeitoso e acolhedor.

REFERÊNCIAS

BALDISSEROTTO, Márcia Leonardi *et al.* Mistreatment of women during childbirth care is associated with childbirth-related posttraumatic stress disorder (CB-PTSD): International Survey of Childbirth-Related Trauma study, Brazil. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, 2026. DOI: 10.1037/tra0002135. Disponível em: https://doi.org/10.1037/tra0002135. Acesso em: 9 set. 2026.

CANARIO, Márcia Aparecida dos Santos Silva *et al.* Boas práticas e intervenções no parto em maternidades públicas de referência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 23, 2024. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68452. Disponível em: https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68452. Acesso em: 9 set. 2026.

DORNELES, Fernanda de Freitas *et al.* Escolha da via de nascimento pela mulher: autonomia ou imposição? **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 15, e37, p. 1-22, 2025. DOI: 10.5902/2179769290771. Disponível em: https://doi.org/10.5902/2179769290771. Acesso em: 9 set. 2026.

GONDIM, Afonson Luiz Medeiros *et al.* Análise dos indicadores das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em uma maternidade: um estudo observacional. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 3, e215300, 2024. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.215300. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.215300. Acesso em: 9 set. 2026.

GREGOLIS, Thais Blaya Leite *et al.* A influência de métodos não farmacológicos na duração do parto: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e19032022, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.19032022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.19032022. Acesso em: 9 set. 2026.

MIRA-CATALÁ, Pablo; HERNÁNDEZ-AGUADO, Ildefonso; CHILET-ROSELL, Elisa. Respectful maternity care interventions to address women mistreatment in childbirth: what has been done? **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, art. 322, 2024. DOI: 10.1186/s12884-024-06524-w. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06524-w. Acesso em: 9 set. 2026.

SUPIMPA, Lilian Salem *et al.* Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, e20220444, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444pt. Acesso em: 9 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Compendium on respectful maternal and newborn care**. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-011093-9. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939. Acesso em: 9 set. 2026.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE DECORRENTES DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES

Paulo Roberto Pereira Borges[1]; Jaqueline Barbosa de Andrade[2]; David Silva da Costa[3]; Mariana Gonçalves Nascimento[4]; Eduarda Borges Rodrigues Landim[5]; Samira Maria da Silva Vieira[6]; Francisca Maêdya Fernandes Cruz[7]; Abraão Henry da Silva Guerilha[8]; Mayconn Douglas Alves dos Santos[9]; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli[10].

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ppereiraborges@gmail.com
[2] Centro Universitário do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: jaqueline.andrade@hotmail.com
[3] Centro Universitário do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: davimariae@gmail.com
[4] Universidade Federal de Uberlândia, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marianagoncalves05@gmail.com
[5] Universidade Federal de Uberlândia, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ft.eduardalandim@gmail.com
[6] Christus Faculdade do Piauí, Piripiri, Piauí, Brasil. E-mail: samiramary@hotmail.com
[7] Prefeitura Municipal de Tejuçuoca, Tejuçuoca, Ceará, Brasil. E-mail: maedyafcruz@hotmail.com
[8] Christus Faculdade do Piauí, Piripiri, Piauí, Brasil. E-mail: abraaohenry14@gmail.com
[9] Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão, Matões, Maranhão, Brasil. E-mail: mayconndouglas0702@gmail.com
[10] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: michellefguarnaschelli@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro tipo mais comuns entre as mulheres e segue sendo a quarta causa de morte entre o sexo feminino no país (INCA, 2025). Apesar do índice de mortalidade, essa doença é gradualmente prevenível e sua eliminação é uma meta global da OMS devido o impacto na saúde global (World Health Organization, 2020). **Objetivo:** Investigar a incidência de mortalidade entre as mulheres vítimas do CCU. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, utilizou as bases de dados BVS, LILACS, Scielo e PubMed nos últimos 5 anos. Foram encontrados 70 estudos, mas foram selecionados 20 por apresentarem texto completos, mas apenas 5 apresentaram critério de inclusão (português e inglês), após a aplicação do recorte temporal dos últimos 5 anos. **Resultados e Discussão:** Entre as mulheres, a incidência do câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais comum. No ano de 2023 foi identificado 17.010 casos novos, consequentemente significa que houve um ajuste da ocorrência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022). A taxa de mortalidade ajustada em toda a população mundial no Norte do país foi de 9,25 mil mortes, equivalente a 100 mil mulheres, representando a primeira causa de óbitos femininos nessa região decorrente do CCU. A terceira causa de óbitos decorrentes do câncer ficou nas regiões Nordeste com taxa de 5,58/100 mil e Centro-Oeste com taxa de 5,25/100 mil. Tiveram baixa incidência de mortalidade as regiões Sul e Sudeste com (3,37/100 mil e 3,38/100 mil), ambos ficaram na quinta e sexta posições (INCA, 2022). Desde a década de 1970, as políticas públicas no Brasil estão em constantes desenvolvimento para o CCU (VAZ GP, et al., 2020). O sucesso do rastreamento do CCU precisa alcançar toda a população majoritária e de monitoração dos casos suspeitos, assim para controle da doença são necessárias informações atualizados do SUS (SILVA GA, et al., 2022). A vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma estratégia preventiva do CCU e as três vacinas profiláticas foram licenciadas e disponíveis em vários países, são elas as responsáveis pela proteção contra o HPV 16 e 18 de alto

risco, ficado responsável por 70% dos casos no mundo (SANTOS ACS, et al., 2025). A neoplasia contém prevenção primária e o exame Papanicolau como a vacina contra o HPV são secundários, além de prevenir favorecem o controle da doença (MEIRA et al., 2023). Com isso, a realização do exames citopatológicos é a prevenção mais necessária e importante no rastreamento do CCU, mas para o início do rastreio, somente mulheres com 25 anos e com a vida sexual ativa (SILVA PRM, et al., 2025). **Considerações Finais:** O estudo identificou alta mortalidade de mulheres vítimas do CCU, no Norte do país, evidenciando a importância da prevenção através dos exames de rastreamento nas mulheres sexualmente ativas e vacinas. Para reduzir essa estatística, é importante fortalecer as campanhas de imunização contra o HPV e realizar novos estudos sobre os impactos do CCU na saúde pública.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero; Incidência; Mulheres; Mortalidade.

REFERÊNCIAS

MEIRA KC, et al. Mortalidade por câncer do colo do útero nos municípios nordestinos: correlação com indicadores sociodemográficos. Revista Brasileira de Cancerologia, 2023; 69(3).

SANTOS ACS, et al. Effectiveness of HPV vaccination in reducing infection among young Brazilian women. BMC Infectious Diseases, 2025.

SILVA GA, et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2022; 38(7).

SILVA PRM, et al. Exame citopatológico em Minas Gerais: análise do indicador do Previne Brasil dos anos 2022–2023. Revista Brasileira de Cancerologia, 2025; 71(1).

VAZ GP, et al. Perfil epidemiológico do câncer de colo de útero na região Norte do Brasil no período de 2010 a 2018. Revista de Patologia do Tocantins, 2020; 7(2): 114–121.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL

Paulo Roberto Pereira Borges[1]; Leandro de Oliveira Câmara[2]; Jéssica Xavier de Sá Morais[3]; Elzenira da Silva Rodrigues[4]; Hugo de Sousa Leal Neto[5]; Railane Macedo Bandeira[6]; Maria Antonia Machado Leal[7]; Erica Valnis Moreira Lima[8]; Rafaela Lopes de Oliveira[9]; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli[10].

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ppereiraborges@gmail.com
[2] Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: leandro.camara@ufu.br
[3] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil. E-mail: jejeudi@gmail.com
[4] Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: elzenira36@gmail.com
[5] Centro Universitário Facid DeVry, Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: hugs.90@gmail.com
[6] Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: bandeirarayllane75@gmail.com
[7] Centro Universitário do Piauí – UNIFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariaantonialeal@hotmail.com
[8] Centro de Ensino Unificado do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: erikavalnis@gmail.com
[9] Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rafaela_lopes_oli@yahoo.com.br
[10] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: michellefguarnaschelli@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é uma neoplasia que afeta principalmente as mulheres. A previsão é de que uma em cada oito mulheres venha a desenvolver essa condição durante a vida (Harbeck et al., 2019). Segundo a organização Mundial da Saúde (OMS) é a neoplasia mais diagnosticada globalmente, em torno de 2,3 milhões de novos casos e 685 óbitos em 2020. **Objetivo:** Investigar a incidência de mortalidade por câncer de mama nas mulheres. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, foi utilizada as bases de dados Scielo, PubMed e LILACS. Foram encontrados 32 estudos, 15 desses foram selecionados por apresentarem texto completos e 5 apresentaram critério de inclusão (português e inglês), após a aplicação do recorte temporal dos últimos 5 anos. **Resultados e Discussão:** No Brasil, essa neoplasia apresenta estatística elevada, gerando óbitos, minimizando a qualidade de vida, perda da produtividade e custos para a saúde pública (Silva et al., 2021). Segundo o INCA, a taxa de morbimortalidade, por idade mundialmente, foi de 11,71 óbitos/100.000 mulheres em 2021. As regiões Sul e Sudeste são líderes no número de óbitos (12,43 e 12,69 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente), na sequência o nordeste com a taxa de (10,75 óbitos/100.000 mulheres), já o Centro-Oeste (10,90 óbitos/100.000 mulheres) e Norte (8,59 óbitos/100.000 mulheres) (INCA, 2022). Houve uma queda entre 2020 e 2021 decorrentes da COVID-19. A incidência de mortalidade é maior nas mulheres com idade avançada, maior no grupo de 50 a 69 anos, correspondente a 45% de mortalidade do câncer de mama. No decorrer do tempo, observou um aumento na faixa etária acima dos 80 anos e uma redução entre 40-49 anos (INCA, 2022). Conforma aponta Silva (2023), o tratamento do câncer de mama sofre influência de vários elementos, tais como idade, gênero, perfil hormonal, dimensão e sítio do carcinoma, além da ocorrência de metástases. O câncer de mama é a segunda maior causa de mortes entre as mulheres no Brasil e segundo o ministério da saúde (2023), e o combate ao câncer é possível através da prevenção e diagnóstico antecipado, visando reduzir a mortalidade. **Considerações Finais:** Portanto, diante da elevada taxa de mortalidade, é fundamental que seja implantado

políticas públicas eficazes para a prevenção e combate ao câncer. A detecção precoce através da realização de exames e acompanhamento ao longo do ano, favorece a redução tardia do diagnóstico. Além disso, como forma de incentivar as mulheres a realizarem exames preventivos, elas poderiam ser isentas de taxa de concursos públicos e ter check-ups anuais gratuitos. Nesse contexto, é necessário que as políticas públicas assistenciais apresentem maior proatividade para enfrentar essa questão de saúde global.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Mulheres; Neoplasia; Mortalidade.

REFERÊNCIAS

Harbeck N, Penault-Llorca F, Cortes J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P, Ruddy K, Tsang J, Cardoso F. Câncer de mama. Nat Rev Dis Prim 2019; 5(1):66.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: https://www.inca.gov.br/app/mortalidade. Acesso em: 21 jul. 2022.

SILVA, A. M. da. et al. Análise epidemiológica das internações por neoplasias malignas da mama no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 832-840, 2023. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p832-840. Acesso em: 03 fev. 2026.

Silva JDDE, Oliveira RR, Silva MT, Carvalho MDB, Pedroso RB, Pelloso SM. Mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens no Brasil. Front Oncol 2021; 10:569933.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA: A Cancer Journal for Clinicians.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

INIQUIDADES EM SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS: O IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO ACESSO E NA CONTINUIDADE DO CUIDADO

Onayane dos Santos Oliveira[1]; Diego Alves de Oliveira[2]; Nivia Caroline Porfírio Ferreira[3]; Elysson Mizael de Castro[4]; Sofia Mansur Nonato[5]; Mônica Beatriz Ferreira[6]; Rayanne Monte de Araújo[7]; Maria Clara Lima Siqueira[8]; Beatriz De Morais Utida[9]; Maurício Rouvel Nunes[10].

[1] Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: onayane.santos.oliveira@gmail.com
[2] Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Parnaíba, Piauí, Brasil.
[3] Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, Brasil.
[4] Estácio/Uniasselvi, São Luís, Maranhão, Brasil.
[5] EMESCAM, Vitoria, Espírito Santo, Brasil.
[6] Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
[7] Facene Famene, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
[8] UNINASSAU, Cachoeirinha, Pernambuco, Brasil.
[9] Unirv Campus Aparecida de Goiânia, Goiânia, Goiás, Brasil.
[10] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

As doenças crônicas representam um desafio persistente para a saúde coletiva, sobretudo porque sua ocorrência, acompanhamento e desfechos estão relacionados às condições sociais nas quais os indivíduos vivem e utilizam os serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar a influência dos determinantes sociais nas iniquidades relacionadas ao acesso e à continuidade do cuidado de pessoas com doenças crônicas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida a partir de publicações disponibilizadas entre 2024 e 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, complementadas por documento oficial da Organização Mundial da Saúde. Foram selecionadas oito publicações relacionadas aos determinantes sociais, multimorbidade, hipertensão, diabetes, acesso e continuidade assistencial. Os resultados demonstraram desigualdades associadas à renda, escolaridade, raça/cor, gênero, território e inserção socioeconômica, com repercussões sobre a ocorrência das doenças, qualidade da assistência, acesso à atenção especializada e manutenção do acompanhamento. Conclui-se que a universalidade formal dos serviços de saúde precisa ser acompanhada por estratégias orientadas pela equidade, capazes de reconhecer necessidades distintas e reduzir barreiras que atingem com maior intensidade populações socialmente vulnerabilizadas.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Iniquidades em Saúde; Doenças Crônicas; Acesso aos Serviços de Saúde; Continuidade da Assistência.

ABSTRACT

Chronic diseases represent a persistent challenge to public health, particularly because their occurrence, monitoring, and outcomes are closely related to the social conditions in which individuals live and access health services. This study aimed to analyze the influence of social determinants on health inequities related to access and continuity of care for people with chronic diseases. This is a narrative literature review based on publications made available between 2024

and 2026 in the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Virtual Health Library databases, complemented by an official document from the World Health Organization. Eight publications addressing social determinants, multimorbidity, hypertension, diabetes, access to health services, and continuity of care were selected. The results revealed inequalities associated with income, education, race/skin color, gender, territory, and socioeconomic status, with repercussions on disease occurrence, quality of care, access to specialized services, and maintenance of follow-up. It is concluded that the formal universality of health services must be accompanied by equity-oriented strategies capable of recognizing different needs and reducing barriers that affect socially vulnerable populations more intensely.

Keywords: Social Determinants of Health; Health Inequities; Chronic Diseases; Health Services Accessibility; Continuity of Care.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam elevada relevância para a saúde coletiva por demandarem acompanhamento longitudinal, utilização frequente dos serviços e articulação entre diferentes pontos da rede assistencial, enquanto sua distribuição populacional permanece relacionada às condições econômicas, sociais e territoriais experimentadas durante o curso da vida, conforme discute a Organização Mundial da Saúde (2025).

Inicialmente, compreender as doenças crônicas a partir dos determinantes sociais da saúde permite reconhecer que renda, escolaridade, ocupação, raça e etnia, gênero, moradia, território e disponibilidade de recursos materiais interferem nas oportunidades de proteção da saúde, prevenção de agravos e obtenção de cuidado oportuno, conforme destaca a Organização Mundial da Saúde (2025).

Em complemento, as desigualdades relacionadas às doenças crônicas não se restringem à frequência dos diagnósticos, uma vez que diferenças sociais podem acompanhar todo o percurso assistencial, desde a possibilidade de reconhecer sintomas e buscar atendimento até a realização de exames, acesso aos medicamentos, encaminhamento para especialistas e manutenção do acompanhamento clínico, como demonstraram Albuquerque e Tomasi (2024).

Sob a perspectiva da desigualdade racial, Oliveira *et al.* (2024) identificaram diferenças expressivas no desenvolvimento de condições crônicas entre participantes

brasileiros, pois pessoas pretas apresentaram incidências superiores de hipertensão, obesidade e diabetes, além de maior ocorrência de multimorbidade quando comparadas às pessoas brancas.

Por sua vez, a combinação entre raça, renda e gênero também interfere na qualidade do cuidado recebido por indivíduos que já convivem com condições crônicas, visto que Albuquerque e Tomasi (2024) observaram pior qualidade da assistência à hipertensão entre mulheres pretas de baixa renda, indicando que diferentes condições de desvantagem podem se sobrepor durante a utilização dos serviços.

Além disso, a escolaridade apresenta relação importante com o adoecimento crônico e com as condições necessárias para seu acompanhamento, pois Tavares *et al.* (2025) verificaram maior prevalência de multimorbidade entre adultos brasileiros com menor nível educacional, enquanto grupos socioeconomicamente desfavorecidos apresentaram maior coexistência de fatores comportamentais relacionados às doenças crônicas.

Em paralelo, a presença de um sistema universal não elimina integralmente barreiras organizacionais e sociais durante o percurso do usuário pela rede assistencial, uma vez que Almeida *et al.* (2024) encontraram dificuldades no acesso de pessoas com hipertensão à atenção especializada, fragilidades na comunicação entre níveis assistenciais e transferência de informações clínicas pelos próprios usuários.

No cuidado do diabetes, dificuldades semelhantes permanecem observáveis, pois Tonaco *et al.* (2026) identificaram disparidades entre indicadores de acesso e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, incluindo menor possibilidade de atendimento pelo mesmo profissional em consultas subsequentes e diferenças na realização de exames necessários à vigilância das complicações.

Ademais, Fernandes *et al.* (2026) demonstraram que a baixa adequação da assistência ao diabetes alcançou proporções particularmente elevadas entre homens e mulheres pretos de baixa renda, reforçando a necessidade de considerar simultaneamente condições econômicas, raciais e sociais na avaliação das desigualdades assistenciais.

Por fim, a relevância do tema também alcança a população economicamente ativa, pois Donato, Andrade e Bezerra (2026) encontraram multimorbidade em 22,6% dos trabalhadores avaliados e identificaram associações com características sociodemográficas, entre as quais sexo, idade e escolaridade, indicando que as condições sociais permanecem relacionadas ao adoecimento mesmo entre indivíduos inseridos no mercado de trabalho.

A partir de tal problemática, a investigação das iniquidades associadas às doenças crônicas mostra-se necessária para compreender por que indivíduos com necessidades clínicas semelhantes podem percorrer trajetórias assistenciais distintas e apresentar diferentes oportunidades de acompanhamento, conforme a Organização Mundial da Saúde (2025) enfatiza ao relacionar saúde, distribuição de recursos e condições sociais.

Objetivo: analisar a influência dos determinantes sociais nas iniquidades relacionadas ao acesso e à continuidade do cuidado de pessoas com doenças crônicas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma **revisão narrativa da literatura**, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida em setembro de 2026 com a finalidade de reunir e analisar produções recentes relacionadas às iniquidades em saúde, aos determinantes sociais e à assistência oferecida às pessoas com doenças crônicas.

A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consulta complementar ao portal institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para inclusão de documento oficial recente relacionado aos determinantes sociais da saúde e à equidade.

Foram empregados descritores selecionados nos vocabulários DeCS e MeSH, em português e inglês: “Determinantes Sociais da Saúde” (Social Determinants of Health), “Iniquidades em Saúde” (Health Inequities), “Doenças Crônicas” (Chronic Disease), “Multimorbidade” (Multimorbidity), “Atenção Primária à Saúde” (Primary Health Care), “Acesso aos Serviços de Saúde” (Health Services Accessibility) e “Continuidade da Assistência ao Paciente” (Continuity of Patient Care). Os descritores foram combinados

por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a necessidade de ampliação ou refinamento das buscas.

Foram incluídos artigos científicos e documentos oficiais publicados entre 2024 e 2026, disponíveis na íntegra em português ou inglês, que abordassem diretamente a relação entre determinantes sociais, doenças crônicas, multimorbidade, acesso aos serviços, qualidade assistencial ou continuidade do cuidado. Foram excluídas publicações duplicadas, estudos anteriores a 2024, textos incompletos, trabalhos sem relação direta com o objetivo proposto e publicações que abordavam exclusivamente aspectos clínicos ou farmacológicos das doenças sem relação com os determinantes sociais ou com o acesso à assistência.

Após leitura dos títulos e resumos e posterior análise integral das publicações elegíveis, foram selecionadas oito referências, formadas por sete artigos científicos publicados entre 2024 e 2026 e um relatório internacional publicado em 2025. A análise foi desenvolvida mediante leitura comparativa e síntese temática dos achados, considerando principalmente renda, escolaridade, raça/cor, gênero, território, multimorbidade, acesso à Atenção Primária à Saúde, acesso à atenção especializada e continuidade do acompanhamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações demonstrou inicialmente que as iniquidades relacionadas às doenças crônicas são produzidas por uma combinação de condições individuais e sociais que distribuem de maneira desigual os recursos necessários para preservar a saúde e utilizar os serviços, visto que a Organização Mundial da Saúde (2025) relaciona diferenças de expectativa de vida saudável à renda, educação, raça e etnia, gênero, território e acesso diferenciado a poder e recursos.

Sob tal perspectiva, a ocorrência da doença crônica precisa ser analisada juntamente com as condições que antecedem o diagnóstico e acompanham o indivíduo durante o tratamento, pois a Organização Mundial da Saúde (2025) aponta que moradia, educação,

trabalho, renda e ambiente social interferem profundamente nos níveis de saúde e ajudam a explicar diferenças evitáveis entre grupos populacionais.

Em relação à multimorbidade, Oliveira *et al.* (2024) acompanharam participantes do ELSA-Brasil durante aproximadamente 8,3 anos e encontraram uma incidência 62% maior de hipertensão e 45% maior de obesidade entre participantes pretos quando comparados aos brancos, enquanto a incidência de diabetes foi 58% maior entre pessoas pretas.

Além dos diagnósticos isolados, Oliveira *et al.* (2024) verificaram multimorbidade em 41% dos participantes e identificaram incidência ajustada aproximadamente 20% superior entre pessoas pretas em comparação às brancas, resultado que demonstra como desigualdades raciais podem se acumular durante o curso da vida e alcançar simultaneamente diferentes condições crônicas.

Em outra faixa populacional, Tavares *et al.* (2025) analisaram 48.890 brasileiros entre 20 e 50 anos e identificaram multimorbidade em aproximadamente 18% da amostra, com maior prevalência entre mulheres, indivíduos de maior idade dentro da faixa estudada e participantes com menores níveis de escolaridade.

Mais especificamente, Tavares *et al.* (2025) encontraram prevalência ajustada de multimorbidade 2,06 vezes maior entre mulheres em comparação aos homens, enquanto indivíduos de 40 a 50 anos apresentaram prevalência 4,12 vezes superior à registrada entre participantes de 20 a 29 anos, demonstrando que diferenças sociais e demográficas podem produzir perfis bastante distintos mesmo antes da velhice.

De modo complementar, Donato, Andrade e Bezerra (2026) avaliaram 52.475 indivíduos ocupados no Brasil e identificaram prevalência de multimorbidade de 22,6%, com frequência superior entre mulheres, pessoas com 30 anos ou mais e indivíduos com menor escolaridade, ampliando a compreensão de que inserção laboral, por si só, não elimina desigualdades relacionadas ao adoecimento crônico.

Na perspectiva do acesso e da qualidade assistencial, as diferenças tornam-se igualmente relevantes, pois Albuquerque e Tomasi (2024), com dados das Pesquisas

Nacionais de Saúde de 2013 e 2019, verificaram aumento da prevalência de hipertensão de 21,4% para 23,9%, enquanto a proporção de cuidado classificado como de alta qualidade diminuiu de 41,7% para 35,4%.

Por sua vez, Albuquerque e Tomasi (2024) verificaram que a redução da qualidade atingiu principalmente os serviços públicos e que mulheres pretas de baixa renda apresentaram os piores indicadores, indicando que a possibilidade de obter cuidado adequado permanece atravessada pela interação entre raça/cor, gênero e posição socioeconômica.

Na assistência às pessoas com diabetes, Fernandes *et al.* (2026) também encontraram desigualdade expressiva, uma vez que a baixa adequação do cuidado atingiu 79,6% dos homens pretos de baixa renda e 79,1% das mulheres pretas de baixa renda avaliadas, enquanto maior escolaridade, residência urbana e presença de plano privado estiveram associadas a melhores condições assistenciais.

Além disso, Fernandes *et al.* (2026) observaram que 62,2% dos indivíduos com diabetes não haviam recebido exame dos pés por profissional de saúde nos 24 meses anteriores e que 53,8% não haviam sido encaminhados para especialista, demonstrando que as desigualdades podem se manifestar por meio da ausência de componentes importantes do acompanhamento preventivo e da dificuldade de acesso a outros níveis assistenciais.

Em complemento, Tonaco *et al.* (2026) identificaram diabetes autorreferido em 8,2% da população adulta brasileira analisada e verificaram que indivíduos residentes em domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família apresentavam maior chance de realizar a última consulta em uma Unidade Básica de Saúde e de receber atendimento especializado depois de encaminhamento.

Entretanto, Tonaco *et al.* (2026) também observaram menor chance de esses usuários serem atendidos pelo mesmo médico das consultas anteriores e menor chance de realização de exame oftalmológico no último ano, demonstrando que ampliar o contato com a Atenção Primária não garante, isoladamente, continuidade relacional e integralidade no acompanhamento da doença crônica.

Na transição entre diferentes níveis assistenciais, Almeida *et al.* (2024) encontraram barreiras importantes entre a Atenção Primária e a atenção especializada no acompanhamento de pessoas com hipertensão, particularmente para realização de exames especializados, situação que levou diversos usuários a recorrerem à rede privada e às clínicas populares para atender necessidades não resolvidas em tempo oportuno.

Paralelamente, Almeida *et al.* (2024) identificaram fragilidades na comunicação entre os níveis de assistência, fazendo com que os próprios usuários se tornassem responsáveis pela transmissão das informações clínicas entre os serviços, circunstância capaz de fragmentar a trajetória terapêutica e comprometer a coerência das condutas adotadas durante o acompanhamento da hipertensão.

A associação dos achados permite compreender que o acesso às pessoas com doenças crônicas possui uma dimensão quantitativa, relacionada à disponibilidade de consultas, exames e profissionais, mas também apresenta dimensões relacionadas à oportunidade do atendimento, à qualidade do cuidado recebido e à capacidade do sistema de manter acompanhamento articulado ao longo do tempo, como indicam conjuntamente Almeida *et al.* (2024) e Tonaco *et al.* (2026).

Ainda sob a perspectiva assistencial, a presença simultânea de menor renda, baixa escolaridade e desigualdades raciais tende a aumentar as dificuldades enfrentadas no manejo das doenças crônicas, pois Fernandes *et al.* (2026) verificaram associação entre vulnerabilidade socioeconômica e menor adequação da assistência ao diabetes, enquanto Oliveira *et al.* (2024) identificaram maior desenvolvimento de determinadas condições crônicas e multimorbidade entre pessoas pretas.

Assim, as diferenças verificadas entre grupos populacionais sugerem que oferecer os mesmos recursos a todos os usuários pode ser insuficiente para corrigir desigualdades construídas antes da entrada no serviço de saúde, pois a Organização Mundial da Saúde (2025) recomenda intervenções orientadas pelas necessidades de grupos socialmente desfavorecidos e articuladas com políticas capazes de atuar sobre condições de vida, renda, educação e distribuição de recursos.

Por fim, o enfrentamento das doenças crônicas requer uma organização assistencial capaz de combinar prevenção, acompanhamento longitudinal, coordenação entre serviços e reconhecimento das desigualdades sociais, uma vez que os resultados reunidos por Albuquerque e Tomasi (2024), Almeida *et al.* (2024) e Fernandes *et al.* (2026) demonstram que as barreiras permanecem distribuídas de maneira desigual mesmo dentro de sistemas voltados à ampliação do acesso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu compreender que os determinantes sociais influenciam de maneira significativa tanto a ocorrência das doenças crônicas quanto as possibilidades de acesso, acompanhamento e continuidade assistencial, fazendo com que grupos expostos a condições socioeconômicas desfavoráveis enfrentem trajetórias de cuidado diferentes daquelas experimentadas por indivíduos com maior disponibilidade de recursos.

Os resultados demonstraram que renda, escolaridade, raça/cor, gênero, idade, território e condições de inserção social se relacionam de diferentes maneiras com a multimorbidade e com a qualidade da assistência, indicando que as iniquidades em saúde se prolongam desde o processo de adoecimento até as etapas posteriores de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Também foi possível identificar que a expansão do acesso à Atenção Primária representa uma dimensão importante do cuidado das condições crônicas, porém a disponibilidade de serviços precisa estar articulada à longitudinalidade, realização periódica de exames, acompanhamento pelo mesmo serviço, encaminhamento oportuno e comunicação adequada entre os diferentes níveis assistenciais.

Portanto, a redução das iniquidades relacionadas às doenças crônicas exige estratégias orientadas pela equidade, com maior atenção às populações expostas à pobreza, baixa escolaridade, discriminação racial e outras formas de desvantagem social, juntamente com ações intersetoriais que alcancem condições de vida que antecedem e acompanham o adoecimento.

Por fim, recomenda-se o fortalecimento de políticas capazes de integrar Atenção Primária e atenção especializada, ampliar o acompanhamento longitudinal e reconhecer necessidades diferenciadas entre os grupos populacionais, de maneira que a universalidade do sistema de saúde seja acompanhada por condições efetivas de acesso, permanência e cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulo Victor Cesar de; TOMASI, Elaine. Assessing hypertension care quality in Brazil: gender, race, and socioeconomic intersection in public and private services, 2013 and 2019 national health surveys. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 939, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11358-5. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11358-5. Acesso em: 9 set. 2026.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Transição entre Atenção Primária e especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 4, e230594, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230594pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230594pt. Acesso em: 9 set. 2026.

DONATO, Tamyres Araújo Andrade; ANDRADE, Amanda Cristina de Souza; BEZERRA, Vanessa Moraes. Multimorbidade na população ocupada no Brasil: fatores sociodemográficos e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 60, e36, 2026. DOI: 10.11606/s1518-8787.2026060007251. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2026060007251. Acesso em: 9 set. 2026.

FERNANDES, Fábia C. G. M.; BEZERRA, Ricardo A.; BARBOSA, Isabelle R. Evaluation of the adequacy of care for individuals with diabetes in Brazil: the intersection between gender, race, and socioeconomic profile. **PLOS ONE**, v. 21, n. 8, e0349257, 2026. DOI: 10.1371/journal.pone.0349257. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0349257. Acesso em: 9 set. 2026.

OLIVEIRA, Fernanda Esthefane Garrides *et al.* Racial inequalities in the development of multimorbidity of chronic conditions: results from a Brazilian prospective cohort. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, art. 120, 2024. DOI: 10.1186/s12939-024-02201-8. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12939-024-02201-8. Acesso em: 9 set. 2026.

TAVARES, Mirta Mara Mendonça *et al.* Sociodemographic inequalities in multimorbidity and lifestyle risk factors among young adults: a national population-based study. **Frontiers in Public Health**, v. 13, 1645486, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1645486. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1645486. Acesso em: 9 set. 2026.

TONACO, Luís Antônio Batista *et al.* Indicadores de cuidado e acesso à atenção primária à saúde entre adultos brasileiros com diabetes mellitus, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista**

Brasileira de Epidemiologia, v. 29, e260005, 2026. DOI: 10.1590/1980-549720260005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720260005. Acesso em: 9 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-010758-8. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588. Acesso em: 9 set. 2026.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SEPSE E SUA INTEGRAÇÃO AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

DOI: 10.71248/conevy.43.339

Michele Almeida dos Santos[1]; Benedita Neida da Silva Flexa[2]; Yara Silva[3]; Eliselma Viana Pinto[4]; Aline Vanjura dos Santos[5]; Renata Cristina Freitas Rebelo[6]; Dilce Maria Mendes Magioli[7]; Pamela Costa Pinto dos Santos[8]; Mariane de Souza Abreu[9]; Andrea Mathias Losacco[10].

[1] Especialista em Uti Geral e Gestão da Assistência ao Paciente; Crítico e Urgência pela FAVENI. E-mail: ichelealmeida201530@gmail.com
[2] Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: flexaneida@gmail.com
[3] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão. E-mail: ycarneiro53@gmail.com
[4] Graduada em Enfermagem pela UNAMET. E-mail: eliselmavianapinto@gmail.com
[5] Graduada em Medicina pela Universidade municipal de São Caetano do Sul - SP CAMPUS SP. E-mail: Alinevanjura.s@gmail.com
[6] Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da família pela Faculdade Anhanguera. Email: Rebelo.renata@yahoo.com.br
[7] Especialista em Fisioterapia Pélvica e Uroginecologia funcional pela Estácio de Sá. E-mail: dilcemmm@gmail.com
[8] Especialista em Enfermagem Clínica pela UERJ. E-mail: pamelacostta@outlook.com
[9] Mestranda em saúde da família pela Fiocruz. Email: mariane.souza.abreu@gmail.com
[10] Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo- USP, E-mail adrea.losacco@emilioribas.sp.gov.br

RESUMO

A identificação precoce da sepse exige interpretação de informações clínicas e resposta assistencial oportuna, contexto em que a inteligência artificial pode apoiar a vigilância e a decisão profissional. Este estudo tem como objetivo analisar a aplicação da inteligência artificial na identificação precoce da sepse e sua integração aos protocolos de segurança do paciente. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, com busca em PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo LILACS, e SciELO, sem recorte temporal. A metodologia informa a seleção de cinco publicações científicas, complementadas por diretrizes clínicas e documentos oficiais, com leitura crítica e comparativa e síntese qualitativa. O conteúdo desenvolvido descreve o potencial dos modelos para reconhecer padrões de deterioração clínica, mas registra limitações relacionadas à validação externa, ao risco de viés e à transferência para diferentes contextos assistenciais. Também apresenta associação observacional entre a confirmação oportuna de alertas e melhores desfechos, sem estabelecer causalidade. A integração dessas ferramentas ao cuidado interdisciplinar requer definição de responsabilidades, comunicação entre profissionais, avaliação clínica e monitoramento de falsos alertas e casos não identificados. Conclui-se que a inteligência artificial pode contribuir para o reconhecimento da sepse quando incorporada a fluxos assistenciais estruturados, com supervisão profissional, validação local e capacitação das equipes. Avaliações prospectivas e

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

multicêntricas são necessárias para esclarecer seus efeitos sobre a segurança e os resultados do cuidado.

Palavras-chave: Sepse; Inteligência artificial; Aprendizado de máquina; Segurança do paciente; Apoio à decisão clínica.

ABSTRACT

Early identification of sepsis requires the interpretation of clinical information and a timely care response a context in which artificial intelligence (AI) can support surveillance and professional decision-making. This study aims to analyze the application of artificial intelligence in the early identification of sepsis and its integration into patient safety protocols. It is a narrative literature review with a qualitative approach, drawing on searches from PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library (including LILACS), and SciELO, with no time-frame restrictions. The methodology led to the selection of five scientific publications, supplemented by clinical guidelines and official documents, which were subjected to critical, comparative analysis and qualitative synthesis. The findings describe the potential of AI models to recognize patterns of clinical deterioration, while noting limitations related to external validation, the risk of bias, and transferability across different clinical settings. The study also highlights an observational association between the timely confirmation of alerts and improved outcomes, though causality cannot be established. Integrating these tools into interdisciplinary care requires clearly defined responsibilities, effective professional communication, clinical assessment, and the monitoring of both false alarms and missed cases. It is concluded that artificial intelligence can contribute to the recognition of sepsis when incorporated into structured care workflows, supported by professional oversight, local validation, and staff training. Prospective, multicenter evaluations are necessary to clarify the impact of these tools on patient safety and care outcomes.

Keywords: Sepsis; Artificial intelligence; Machine learning; Patient safety; Clinical decision support.

1. INTRODUÇÃO

A sepse é uma condição potencialmente fatal decorrente de uma resposta desregulada do organismo a uma infecção, capaz de provocar disfunção orgânica. A identificação exige reconhecer sinais clínicos que podem surgir de forma progressiva e variar conforme o foco infeccioso, as condições prévias e a resposta individual do paciente. Por isso, a avaliação não deve se limitar a um único sinal, exame ou escore: requer acompanhamento clínico e interpretação do conjunto de informações disponíveis (Singer *et al.*, 2016).

A dimensão do problema também aparece nas estimativas globais. Com base em dados de 2017 publicados em 2020, foram estimados 48,9 milhões de casos de sepse e 11 milhões de mortes relacionadas à condição, aproximadamente um quinto dos óbitos no mundo. A Organização

Mundial da Saúde ressalta que ainda há dificuldades para reunir dados populacionais confiáveis, o que recomenda cautela ao comparar estimativas entre países e períodos (Rudd *et al.*, 2020; WHO, 2024).

A rapidez do reconhecimento é relevante porque a sepse pode evoluir para choque séptico e falência de órgãos, exigindo avaliação e tratamento oportunos. As diretrizes internacionais de 2026 recomendam o uso do Escore Nacional de Alerta Precoce *(National Early Warning Score – NEWS*), do Escore Nacional de Alerta Precoce 2 (*National Early Warning Score 2 – NEWS2*), do Escore Modificado de Alerta Precoce (*Modified Early Warning Score – MEWS*) ou dos critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (*Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS*), em vez do Escore SOFA rápido (*quick Sequential Organ Failure Assessment – qSOFA*) como ferramenta isolada de triagem da sepse (Prescott *et al.*, 2026).

Sistemas de inteligência artificial podem processar informações clínicas registradas durante o atendimento, como sinais vitais e resultados laboratoriais, para reconhecer padrões associados à deterioração do paciente. Uma revisão de 73 artigos, que reuniu dados de 457.932 pacientes e avaliou 256 modelos de predição, identificou validação externa em apenas 16 estudos; 30 apresentaram alto risco de viés. Esses limites recomendam cautela ao aplicar os modelos em serviços ou grupos de pacientes diferentes daqueles em que foram desenvolvidos (Yadgarov *et al.*, 2024).

Há também evidências de avaliação em ambiente assistencial. Em estudo prospectivo realizado em cinco hospitais, 590.736 pacientes foram acompanhados por um sistema de alerta chamado TREWS; entre os pacientes com sepse identificados antes do início de antibióticos, a confirmação do alerta por um profissional em até três horas esteve associada a menor mortalidade hospitalar, menos falência orgânica e menor tempo de internação. Como se tratou de uma associação observacional, o resultado não demonstra, por si só, que o alerta tenha causado a redução dos desfechos; ainda assim, ilustra a importância da interação entre a ferramenta e a resposta da equipe (Adams *et al.*, 2022).

Para que esse apoio contribua com a segurança do paciente, o alerta precisa estar incorporado a um fluxo assistencial definido. Isso envolve indicar quem recebe a notificação, qual avaliação clínica deve ser realizada, como documentar a decisão e quando escalar o atendimento ou iniciar as ações previstas no protocolo institucional. Sem esse encadeamento, um alerta pode não gerar resposta oportuna; em excesso, pode contribuir para a fadiga de alarmes. Assim, o

desempenho do sistema depende tanto da qualidade dos dados e da validação do modelo quanto da organização do trabalho e da comunicação entre os profissionais.

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado nos serviços de saúde. A RDC Anvisa nº 36/2013 estabelece ações de segurança do paciente e prevê a gestão de riscos por meio do Plano de Segurança do Paciente. Esses marcos oferecem uma base para integrar tecnologias de apoio à identificação da sepse às rotinas institucionais de prevenção de incidentes, monitoramento e melhoria da assistência (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

A adoção de inteligência artificial, portanto, demanda mais do que instalar um sistema de previsão. É necessário verificar se o modelo foi validado para o perfil dos pacientes e para os dados disponíveis no serviço, acompanhar falsos alertas e casos não identificados e revisar periodicamente seu desempenho. A ferramenta deve apoiar a vigilância e a priorização da avaliação, mantendo a decisão clínica sob responsabilidade dos profissionais e em consonância com os protocolos locais e as diretrizes vigentes.

Diante desse contexto, o problema de pesquisa consiste em compreender de que maneira a inteligência artificial pode apoiar a identificação precoce da sepse e como seus alertas podem ser integrados aos protocolos de segurança do paciente, considerando os benefícios potenciais e os limites para uso seguro na prática assistencial.

Objetivo geral: Assim, este estudo tem como objetivo analisar a aplicação da inteligência artificial na identificação precoce da sepse e sua integração aos protocolos de segurança do paciente.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e transversal e abordagem qualitativa, elaborada com base em fontes secundárias. A busca foi realizada em nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo LILACS, e SciELO. Também foram consultadas diretrizes clínicas e documentos oficiais relacionados à sepse e à segurança do paciente.

Foram utilizados termos em português e inglês relacionados a “sepse” (sepsis), “inteligência artificial” (artificial intelligence), “aprendizado de máquina” (machine learning), “identificação precoce” (early detection), “predição” (prediction), “segurança do paciente” (patient safety) e “apoio à decisão clínica” (clinical decision support). Esses termos foram combinados com

os operadores booleanos AND e OR, conforme a fonte consultada. Não foi aplicado recorte temporal; foram considerados trabalhos de diferentes anos, desde que pertinentes ao tema.

A seleção ocorreu pela leitura dos títulos, resumos e textos disponíveis, considerando a contribuição de cada publicação para a discussão sobre o tema. Foram selecionadas cinco publicações científicas para compor a discussão narrativa. Documentos normativos e diretrizes foram utilizados como fontes complementares e não foram contabilizados entre essas publicações. Foram deixados de fora materiais duplicados ou sem relação direta com o objetivo da revisão. A seleção foi orientada pela pertinência, sem critérios rígidos previamente estabelecidos ou fluxo de triagem próprio de revisão sistemática.

A análise foi realizada por leitura crítica e comparativa, considerando o objetivo, o contexto assistencial, os dados empregados, os métodos de validação, os resultados e as limitações descritas em cada publicação. As informações foram articuladas em uma síntese qualitativa, relacionando o potencial dos sistemas de inteligência artificial à avaliação clínica dos profissionais e aos protocolos de segurança do paciente. A interpretação também considerou a relevância dos achados para outros contextos assistenciais, conforme as recomendações para a elaboração de revisões narrativas (Ogassavara *et al.*, 2025).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas cinco publicações científicas, sendo quatro revisões e um estudo original de validação externa. As revisões abrangeram modelos empregados em pacientes hospitalizados e em serviços de emergência, enquanto a investigação original permitiu examinar o desempenho de uma ferramenta em uma instituição diferente daquela de desenvolvimento. O Quadro 1 apresenta objetivos, delineamentos, resultados e contribuições dessas publicações. Os quantitativos de pesquisas reunidas pelas revisões foram mantidos como características de cada fonte, sem soma entre elas, devido à possível sobreposição de artigos e bases clínicas.

Quadro 1 – Caracterização das publicações incluídas.

AUTOR E ANO	OBJETIVO	DELINEAMENTO E CONTEXTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA
Abbas *et al.*	Examinar modelos de	Revisão apresentada	Áreas sob a curva entre	Relaciona dados de entrada,

(2025)	inteligência artificial para detecção precoce de sepse em adultos hospitalizados.	como sistemática, com 52 estudos; predomínio de investigações retrospectivas com prontuários eletrônicos.	0,79 e 0,96; limitada avaliação prospectiva. Apesar do título mencionar metanálise, os métodos declaram síntese narrativa, em razão da heterogeneidade.	validação e implantação; seus números são descritivos e não constituem efeito combinado.
Bignami *et al.* (2025)	Oferecer uma avaliação clínica das aplicações de inteligência artificial no manejo da sepse.	Revisão orientada pelo modelo SPIDER, com 28 artigos sobre predição, diagnóstico, mortalidade e tratamento.	Resultados variáveis entre aplicações; dificuldades com falsos positivos, sensibilidade, interpretação dos modelos e transferência entre serviços.	Permite distinguir reconhecimento precoce, prognóstico e tratamento e discutir repercussões na decisão profissional.
Ţocu *et al*. (2025)	Examinar aplicações no diagnóstico e prognóstico da sepse e barreiras à integração clínica.	Revisão narrativa com busca estruturada e 45 artigos incluídos na análise detalhada.	Discute dados de prontuários e monitorização, horizontes de previsão, modelos temporais, integração assistencial e riscos de viés.	Contribui para examinar a disponibilidade dos dados, a coerência temporal e a adequação dos modelos ao setor assistencial.
Zhang, Kirchler e Wang (2026)	Avaliar modelos de predição da sepse em emergência e propor parâmetros metodológicos reproduzíveis.	Revisão sistemática e metanálise de 36 estudos e 98 modelos; inclui diferentes desfechos de predição.	Área sob a curva agregada de 0,87 (IC95%: 0,86–0,88), com heterogeneidade elevada (I^2 = 99,94%); limitações de validação e relato.	Sustenta a avaliação crítica da comparabilidade e de requisitos para aplicação em serviços de emergência.
Wong *et al.* (2021)	Validar externamente o Epic Sepsis Model e examinar seu valor clínico potencial.	Coorte retrospectiva universitária nos Estados Unidos; 27.697 adultos, 38.455 internações.	Área sob a curva de 0,63 (IC95%: 0,62–0,64) por internação; calibração inadequada.	Oferece evidência original sobre limites de transferência e carga de alertas.

Fonte: elaboração própria com base nas cinco publicações incluídas.

As fontes apresentaram diferenças relevantes no que foi denominado predição. A revisão em emergência reuniu trabalhos voltados ao aparecimento de sepse, à mortalidade, ao choque séptico e ao prognóstico, com janelas temporais distintas. Por isso, sua área sob a curva agregada não representa exclusivamente a capacidade de antecipar um novo episódio de sepse. Além disso, a comparação com escores convencionais utilizou subconjuntos de trabalhos conforme a disponibilidade de cada medida, o que restringe a interpretação como confronto uniforme entre ferramentas (Zhang; Kirchler; Wang, 2026).

Quanto aos dados empregados, predominaram sinais vitais, exames laboratoriais e informações dos prontuários. Houve aplicações de algoritmos baseados em árvores, combinações de classificadores e redes neurais destinadas a representar a evolução temporal. As publicações distinguiram, entretanto, a capacidade de produzir uma classificação em dados previamente registrados da possibilidade de emitir uma previsão útil com as informações efetivamente disponíveis durante o atendimento. Essa diferença apareceu na discussão sobre horários de coleta, preenchimento de registros, preparação dos dados e mudança de setor assistencial (Abbas *et al.*, 2025; Ţocu et al., 2025).

No Epic Sepsis Model, o limiar de seis pontos apresentou sensibilidade de 33%, especificidade de 83% e valor preditivo positivo de 12% por internação, com desempenho insatisfatório naquele contexto (Wong *et al.*, 2021). Nas revisões clínicas, a incorporação assistencial também esteve condicionada à interpretação dos alertas, à adequação ao setor e à avaliação dos efeitos sobre as decisões, sem benefício uniforme entre aplicações (Bignami *et al.*, 2025).

A comparação entre as publicações exige separar três perguntas: se o modelo distingue pacientes com diferentes riscos, se a previsão ocorre antes do reconhecimento clínico e se sua utilização melhora o cuidado. Uma ferramenta pode responder favoravelmente à primeira pergunta sem oferecer tempo suficiente para modificar a conduta. Também pode antecipar uma classificação construída retrospectivamente, mas depender de informações que só ficaram disponíveis depois da decisão profissional. Assim, a contribuição para a identificação precoce deve ser julgada pela posição temporal do alerta e pela oportunidade de intervenção, e não apenas pela ordenação estatística do risco (Ţocu *et al.*, 2025; Zhang; Kirchler; Wang, 2026).

A heterogeneidade dos desfechos modifica diretamente essa interpretação. Prever morte entre pessoas que já apresentam sepse pode apoiar a priorização do acompanhamento, mas não comprova reconhecimento da doença antes de seu aparecimento. Da mesma forma, antecipar choque séptico representa uma tarefa diferente de identificar o primeiro episódio de disfunção orgânica relacionada à infecção. A amplitude clínica das revisões é útil para compreender o campo, porém exige que resultados prognósticos não sejam apresentados como resultados de detecção precoce. Essa distinção impede atribuir a um protocolo de rastreamento benefícios demonstrados em outra etapa do atendimento (Bignami *et al.*, 2025).

Os valores elevados de discriminação também precisam ser examinados à luz da qualidade das sínteses. Abbas *et al*. (2025) apresentam uma faixa de desempenho, mas declaram que a heterogeneidade inviabilizou a metanálise; portanto, essa faixa não corresponde a uma estimativa combinada nem permite definir a eficácia média da tecnologia. Já a metanálise de Zhang, Kirchler e Wang (2026) produziu uma estimativa agregada, acompanhada de heterogeneidade extremamente elevada e de baixa certeza global, conforme a avaliação descrita pelos próprios autores. A convergência numérica favorável à predição não elimina diferenças de população, definição do desfecho, disponibilidade de dados e procedimento de avaliação.

A validação externa fornece um contraponto às expectativas de transferência entre instituições. Apesar do limite retrospectivo e unicêntrico, seu resultado reforça a necessidade de avaliação independente antes do uso assistencial. A adoção prévia de um modelo não assegura utilidade em outra população nem permite generalizar suas limitações para toda a inteligência artificial (Wong *et al.*, 2021).

A frequência e a disponibilidade dos registros ajudam a explicar por que uma mesma arquitetura pode funcionar de maneira diferente na emergência e na internação. Na triagem, informações obtidas posteriormente não podem compor legitimamente uma previsão anunciada como imediata. Em unidades com monitorização contínua, por sua vez, a maior densidade de medidas altera a representação da trajetória clínica. A partir dessa diferença, a avaliação institucional precisa verificar quais variáveis existem no momento de cada decisão e quanto tempo decorre entre a medida, sua inserção no prontuário e o processamento do risco. A verificação dessa sequência permite avaliar a viabilidade do uso em tempo real (Ţocu *et al.*, 2025).

Esse cuidado se estende ao uso de condutas como variáveis preditoras. Registros de antimicrobianos, culturas ou intervenções podem conter informação sobre uma suspeita clínica já estabelecida. Quando essa sequência não é respeitada, o sistema pode reproduzir o reconhecimento profissional anterior e aparentar uma antecipação inexistente. Para verificar seu valor adicional, seria necessário comparar a previsão com o primeiro momento documentado de suspeita, utilizando somente dados acessíveis até aquele instante. A discussão sobre definição dos rótulos e vazamento temporal torna essa exigência particularmente relevante para modelos que se propõem a reconhecer sepse antes da equipe (Ţocu *et al.*, 2025).

A integração aos protocolos deve, portanto, associar a previsão a uma decisão verificável. Como proposta derivada da síntese, o serviço pode registrar o horário do alerta, a avaliação

presencial, a hipótese clínica e a decisão de acionar ou não o protocolo institucional. Essa documentação permite examinar se o apoio digital acrescenta informação ou apenas repete uma conduta em andamento. Também oferece uma forma de analisar recusas justificadas, atrasos e notificações sem dados suficientes, sem classificar automaticamente toda discordância profissional como falha. A documentação se torna, assim, um recurso para examinar as dificuldades de interação e de implantação discutidas por Bignami *et al.* (2025).

Na organização multiprofissional, a questão central passa a ser a continuidade entre a informação e a execução do cuidado. A partir das barreiras relatadas, uma implicação é pactuar responsabilidades entre enfermagem, equipe médica, laboratório, farmácia clínica e profissionais responsáveis pelos sistemas de informação, conforme a estrutura de cada serviço. A aferição e o registro, a avaliação da suspeita infecciosa, a disponibilidade de exames e a execução das prescrições constituem etapas dependentes entre si. O benefício potencial do alerta pode se perder quando uma delas permanece sem resposta. A pactuação dessas etapas vincula a incorporação tecnológica às condições concretas de trabalho discutidas por Bignami *et al.* (2025).

A definição do limiar de alerta envolve consequências que a área sob a curva não resolve. O serviço precisa considerar simultaneamente casos não reconhecidos, notificações sem confirmação e capacidade de avaliação da equipe. A análise metodológica em emergência sustenta que limiares, calibração e requisitos de interação devem ser explicitados, enquanto a validação hospitalar oferece um exemplo de carga de notificações associada a baixo rendimento clínico. A interpretação conjunta favorece avaliar o custo assistencial de cada decisão, inclusive a possibilidade de investigações e tratamentos desnecessários, sem presumir que a simples ampliação da sensibilidade produza maior segurança (Zhang; Kirchler; Wang, 2026; Wong *et al.*, 2021).

A avaliação dos protocolos também deve distinguir indicadores de processo e desfechos clínicos. Como aplicação da síntese, tempos entre alerta, avaliação e decisão terapêutica podem mostrar onde a resposta perde oportunidade; mortalidade, progressão para choque e necessidade de cuidados intensivos permitem examinar consequências clínicas. Medidas de equilíbrio, como exames adicionais, exposição antimicrobiana sem confirmação infecciosa e tempo profissional consumido por notificações, ajudam a identificar efeitos indesejados. Esse conjunto constitui uma proposta para avaliação institucional: as revisões consultadas não oferecem um efeito único que demonstre melhora simultânea de todos esses indicadores (Bignami *et al.*, 2025).

A formação das equipes deve tratar também das situações em que a previsão pode falhar. Explicações sobre as variáveis que influenciaram um alerta podem facilitar sua interpretação, mas não demonstram que essas variáveis sejam causas da deterioração nem corrigem, por si mesmas, dados incorretos. Na prática, a discussão de casos discordantes, a verificação dos registros e a possibilidade de comunicar problemas ao grupo responsável pelo sistema oferecem oportunidades de aprendizagem e revisão. A atenção à interpretabilidade e ao acompanhamento da implantação, presente nas fontes, fundamenta essa proposta de educação permanente articulada ao trabalho (Abbas *et al.*, 2025; Bignami *et al.*, 2025).

A aplicação em outros contextos, inclusive nos serviços brasileiros, permanece condicionada à semelhança entre pacientes, infraestrutura e processos de registro. A menor representação de algumas regiões e o predomínio de determinados cenários hospitalares limitam a transferência direta das estimativas publicadas. Não é possível, com estas cinco fontes, afirmar redução de mortalidade ou efetividade de um protocolo específico no Brasil. Como desdobramento para a investigação, seriam pertinentes avaliações prospectivas locais que documentassem o desempenho, as respostas da equipe e possíveis diferenças entre grupos de pacientes, preservando a distinção entre viabilidade técnica e benefício assistencial (Abbas *et al.*, 2025).

A própria composição desta revisão impõe limites à discussão: quatro fontes são revisões com possível repetição de pesquisas primárias, e uma é uma coorte de validação externa. A leitura direta dessa coorte permite examinar resultados originais, mas não transforma sua presença nas revisões em confirmações independentes. A seleção narrativa por pertinência, sem fluxo sistemático ou avaliação formal de risco de viés nesta pesquisa, também admite viés de seleção e não assegura cobertura exaustiva. Ainda assim, a comparação permite delimitar uma contribuição ao objetivo proposto: a integração segura depende de demonstrar, no percurso assistencial, que a previsão oferece informação oportuna e produz uma resposta clinicamente adequada, com avaliação explícita de seus custos e limites.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inteligência artificial pode apoiar a identificação precoce da sepse ao processar informações clínicas e reconhecer padrões associados à deterioração do paciente. Sua integração aos protocolos de segurança do paciente, entretanto, exige que os alertas estejam vinculados à avaliação clínica e a procedimentos institucionais que definam responsabilidades, comunicação

entre profissionais e resposta assistencial. Dessa forma, a contribuição dessas ferramentas depende tanto do desempenho dos modelos quanto da capacidade dos serviços de transformar a notificação em cuidado oportuno.

A principal contribuição desta revisão consiste em relacionar a aplicação da inteligência artificial à organização da assistência e à segurança do paciente. No cuidado interdisciplinar, o compartilhamento das informações e a definição das atribuições de cada profissional são necessários para interpretar os alertas, avaliar a condição clínica e conduzir as intervenções previstas nos protocolos. A tecnologia constitui, assim, um recurso de apoio à decisão, cuja utilização requer supervisão profissional, capacitação das equipes e acompanhamento dos resultados assistenciais.

Como limitações, reconhecem-se o caráter narrativo da revisão, a seleção orientada pela pertinência das publicações e a ausência de critérios rígidos previamente estabelecidos para a triagem. Essas características podem favorecer vieses de seleção e restringem a abrangência das conclusões. Além disso, a insuficiência de validação externa e o risco de viés identificados em parte das pesquisas citadas dificultam a aplicação dos modelos em populações e serviços distintos daqueles em que foram desenvolvidos. Associações observacionais entre resposta aos alertas e melhores desfechos também não permitem estabelecer causalidade.

Recomenda-se que a incorporação dessas ferramentas seja acompanhada de validação no contexto local, monitoramento de falsos alertas e casos não identificados, educação permanente e revisão dos fluxos de atendimento. Pesquisas futuras devem priorizar avaliações prospectivas e multicêntricas que examinem os efeitos sobre o tempo de reconhecimento da sepse, a resposta terapêutica, os desfechos clínicos e a carga de trabalho das equipes. Esse percurso poderá fundamentar protocolos que articulem inovação tecnológica, atuação multidisciplinar e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ADAMS, Roy *et al*. Prospective, multi-site study of patient outcomes after implementation of the TREWS machine learning-based early warning system for sepsis. **Nature Medicine**, v. 28, p. 1455–1460, 2022. DOI: 10.1038/s41591-022-01894-0.

ABBAS, Ghulam Husain *et al.* Artificial intelligence-based predictive modeling for early detection of sepsis in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care Explorations**, v. 7, n. 12, e1360, 2025. DOI: 10.1097/CCE.0000000000001360. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001360.

BIGNAMI, Elena Giovanna *et al*. Artificial intelligence in sepsis management: an overview for clinicians. **Journal of Clinical Medicine**, v. 14, n. 1, 286, 2025. DOI: 10.3390/jcm14010286. Disponível em: https://doi.org/10.3390/jcm14010286

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

OGASSAVARA, Dante *et al.* Trilhas metodológicas para a revisão narrativa: orientações pragmáticas para sua elaboração. **Ensino & Pesquisa**, União da Vitória, v. 23, n. 3, p. 308–318, ago./dez. 2025. DOI: 10.33871/23594381.2025.23.3.10317.

PRESCOTT, Hallie C. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. **Critical Care Medicine**, 2026. DOI: 10.1097/CCM.0000000000007075.

RUDD, K. E. *et al*. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, v. 395, n. 10219, p. 200–211, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.

SINGER, Mervyn *et al*. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA,** v. 315, n. 8, p. 801–810, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.

ȚOCU, George *et al.* The potential of artificial intelligence in the diagnosis and prognosis of sepsis: a narrative review. **Diagnostics**, v. 15, n. 17, 2169, 2025. DOI: 10.3390/diagnostics15172169. Disponível em: https://doi.org/10.3390/diagnostics15172169.

WHO, World Health Organization. **Sepsis**. Geneva: WHO, 3 maio 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis.

WONG, Andrew *et al.* External validation of a widely implemented proprietary sepsis prediction model in hospitalized patients. **JAMA Internal Medicine**, v. 181, n. 8, p. 1065–1070, 2021. DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.2626. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.2626.

YADGAROV, Mikhail Ya. *et al*. Early detection of sepsis using machine learning algorithms: a systematic review and network meta-analysis. **Frontiers in medicine**, v. 11, art. 1491358, 2024. DOI: 10.3389/fmed.2024.1491358.

ZHANG, Yinan; KIRCHLER, Tim; WANG, Audrey P. Evaluating artificial intelligence for sepsis prediction in emergency departments: a systematic review and meta analysis. **Journal of Medical Systems**, v. 50, 49, 2026. DOI: 10.1007/s10916-026-02376-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10916-026-02376-3.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

MORBIDADE MATERNA GRAVE E FATORES RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Rosana Lousa Bermond[1]; Grace Anny Lima do Nascimento[2]; Renata dos Santos da Luz[3]; Pamela Bento dos Santos[4]; Mariana Nascimento Costa[5]; Janaina Ramos[6]; Leiliane Galdino de Melo de Assis[7]; Andresa Silvestre de Sousa[8]; Ana Marissa Moreira de Castro[9]; Natália Aguilar[10].

[1] Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico e CME pela Faculdade UNILEYA.
[2] Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade 5 de Julho. E-mail: graceannyln50@gmail.com
[3] Especialista em enfermagem em saúde da mulher e graduanda em enfermagem obstétrica pela Rede Alyne Ministério da Saúde - UFS/UFMG. E-mail: renatahuenfagem@gmail.com
[4] Especialização em controle de infecção em assistência à saúde pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: enfapamelasantos@gmail.com
[5] Especialista em Gestão e supervisão em sistemas empresariais e educacionais com docência em ensino superior pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA-CE. E-mail: mariananascimentopsicologa@gmail.com
[6] Especialista em Gestão estratégica em saúde pelo Centro Universitário Internacional Signorelli (Unisignorelli). E-mail: janaguga62@bol.com.br
[7] Especialista em Saúde de Mulher pela Signorelli. E-mail: leilyane_mello@hotmail.com
[8] Especialista em Políticas Públicas e Intervenção Social pelo Centro Universitário UniAteneu. E-mail: andresasilvestre05@gmail.com
[9] Mestranda Profissional de Enfermagem pela UEFS. E-mail: anamarissacastro@hotmail.com
[10] Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidad Europea del Atlántico. E-mail: nataliaaguilarpsicologa@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a morbidade materna grave e os fatores relacionados às internações evitáveis durante o ciclo gravídico-puerperal. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada na BVS, LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed. Utilizaram-se os descritores "Morbidade" (*Morbidity*), "Complicações na Gravidez" (*Pregnancy Complications*), "Hospitalização" (*Hospitalization*), "Cuidado Pré-Natal" (*Prenatal Care*) e "Fatores de Risco" (*Risk Factors*), combinados por *AND* e *OR*. Foram incluídas publicações de 2020 a 2026, em português, inglês ou espanhol. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro publicações foram incluídas e uma excluída. **RESULTADOS:** As internações relacionaram-se a infecção urinária, anemia, doenças hipertensivas, comorbidades, cesariana anterior, vulnerabilidade socioeconômica e extremos de idade materna. A inclusão das internações antenatais e puerperais ampliou em 31% a identificação da morbidade grave, com 12% dos casos registrados entre 43 e 365 dias após o parto. **CONCLUSÃO:** O reconhecimento precoce dos fatores de risco, o pré-natal oportuno, o manejo adequado das intercorrências e a continuidade do acompanhamento puerperal são fundamentais para reduzir hospitalizações potencialmente evitáveis e qualificar a vigilância da morbidade materna.

Palavras-chave: Complicações na Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Fatores de Risco; Hospitalização; Morbidade.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze severe maternal morbidity and factors associated with avoidable hospitalizations during the pregnancy-puerperium cycle. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and descriptive-analytical nature was conducted using the BVS, LILACS, MEDLINE, SciELO, and PubMed databases. The descriptors used were "Morbidity," "Pregnancy Complications," "Hospitalization," "Prenatal Care," and "Risk Factors," combined using the operators AND and OR. Publications from 2020 to 2026 in Portuguese, English, or Spanish were included. After reviewing titles, abstracts, and full texts, four publications were included and one was excluded. **RESULTS:** Hospitalizations were associated with urinary tract infections, anemia, hypertensive disorders, comorbidities, previous cesarean section, socioeconomic vulnerability, and extremes of maternal age. Including antenatal and postpartum hospitalizations increased the identification of severe morbidity by 31%, with 12% of cases recorded between 43 and 365 days after delivery. **CONCLUSION:** Early recognition of risk factors, timely prenatal care, appropriate management of complications, and continuity of postpartum follow-up are essential to reduce potentially avoidable hospitalizations and improve maternal morbidity surveillance.

Keywords: Pregnancy Complications; Prenatal Care; Risk Factors; Hospitalization; Morbidity.

1 INTRODUÇÃO

A morbidade materna grave compreende complicações ocorridas durante a gestação, o parto ou o puerpério capazes de ameaçar a vida da mulher e exigir assistência hospitalar de maior complexidade, incluindo condições potencialmente ameaçadoras à vida e casos de near miss materno. Entre essas ocorrências estão distúrbios hipertensivos, hemorragias, doenças sistêmicas e situações que demandam intervenções intensivas, tornando sua vigilância relevante para a avaliação da assistência obstétrica (Domingues *et al*., 2026).

No Brasil, entre 2015 e 2022, foram registradas 18.807.757 internações obstétricas no Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.776.986 na saúde suplementar, com proporções estimadas de morbidade materna grave de 8,51% e 7,30%, respectivamente. Em Ribeirão Preto, entre 3.497 partos avaliados, ocorreram 19 casos de near miss materno, correspondendo a 5,4 casos por mil nascidos vivos, o que demonstra a relevância dessas complicações no cuidado à gestante e à puérpera (Andrade; Vieira, 2020).

A ocorrência de complicações graves durante o ciclo gravídico-puerperal relaciona-se às condições clínicas maternas e à organização da assistência, envolvendo identificação de comorbidades, início oportuno do pré-natal, reconhecimento de intercorrências e acesso aos serviços necessários. O acompanhamento iniciado tardiamente, associado a doenças preexistentes e dificuldades no manejo de eventos hemorrágicos, pode contribuir para agravamentos que culminam em hospitalizações potencialmente evitáveis (Dolce *et al*., 2026; Silva *et al*., 2025).

Diante desse cenário, justifica-se investigar os fatores relacionados às internações evitáveis pela possibilidade de reconhecer fragilidades na assistência pré-natal, obstétrica e puerperal e subsidiar estratégias direcionadas à prevenção de complicações graves. O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste na persistência de internações maternas associadas a condições clínicas e assistenciais potencialmente modificáveis; assim, objetiva-se analisar a morbidade materna grave e os fatores relacionados às internações evitáveis durante o ciclo gravídico-puerperal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida para analisar a morbidade materna grave e os fatores relacionados às internações potencialmente evitáveis durante o ciclo gravídico-puerperal. O delineamento foi definido de modo a contemplar condições clínicas, obstétricas, socioeconômicas e assistenciais associadas à ocorrência dessas hospitalizações, mantendo correspondência com o objetivo proposto no estudo.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Foram empregados cinco descritores DeCS e seus correspondentes MeSH: “Morbidade” (*Morbidity*), “Complicações na Gravidez” (*Pregnancy Complications*), “Hospitalização” (*Hospitalization*), “Cuidado

Pré-Natal" (*Prenatal Care*) e "Fatores de Risco" (*Risk Factors*), combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram considerados artigos publicados entre 2020 e 2026, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol e relacionados à morbidade materna grave, aos fatores associados às hospitalizações e à assistência durante a gestação e o puerpério. Excluíram-se publicações duplicadas, textos incompletos e trabalhos sem relação direta com o objetivo da revisão. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, quatro publicações foram incluídas e uma foi excluída, conforme o quantitativo apresentado nos resultados.

A seleção ocorreu pela leitura dos títulos e resumos, seguida da avaliação integral dos textos elegíveis. As informações foram organizadas conforme condições clínicas maternas, antecedentes obstétricos, fatores socioeconômicos, acesso ao pré-natal, período da hospitalização e continuidade do cuidado, permitindo análise descritiva e comparativa dos conteúdos. Por se tratar de revisão da literatura, sem participação direta de seres humanos ou utilização de dados identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, consideram-se o caráter narrativo da revisão, a restrição às bases e aos idiomas definidos e a heterogeneidade metodológica das publicações incluídas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, quatro publicações foram incluídas e uma foi excluída, por não apresentar resultados ou conteúdo científico diretamente relacionado ao objetivo proposto. As publicações selecionadas permitiram examinar componentes clínicos, obstétricos, socioeconômicos e assistenciais relacionados à morbidade materna grave. A organização dos achados também possibilitou identificar condições associadas às hospitalizações durante a gestação e o puerpério, bem como aspectos relacionados à continuidade do cuidado materno.

Figueroa Pedraza e Lins (2021) relacionaram infecção urinária, anemia e doenças hipertensivas às internações durante a gestação, com maior exposição diante de menor

escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica e extremos de idade materna. Nik Hazlina *et al*. (2022) acrescentaram condições clínicas coexistentes e cesariana anterior entre os fatores associados à morbidade grave. A convergência entre essas publicações demonstra que antecedentes obstétricos e condições clínicas identificáveis durante o pré-natal podem participar da progressão para quadros que exigem hospitalização.

Boghossian *et al*. (2024) verificaram que a avaliação restrita à internação para o parto deixa de captar parcela importante da morbidade grave, pois 31% dos casos foram acrescentados quando incluídas internações antenatais e puerperais até 365 dias, sendo 12% registrados entre 43 e 365 dias após o parto. Domingues *et al*. (2024) incorporam ao protocolo brasileiro a investigação das condições socioeconômicas e da oportunidade de acesso ao pré-natal e aos serviços obstétricos. Assim, a vigilância materna precisa considerar tanto o período anterior ao parto quanto a continuidade assistencial no puerpério.

Nik Hazlina *et al*. (2022) defendem a identificação precoce dos fatores de risco e o acompanhamento adequado nos períodos antenatal e pós-natal, especialmente diante de comorbidades e antecedentes obstétricos associados à maior gravidade. Figueroa Pedraza e Lins (2021) atribuem importância à cobertura da atenção básica e às intervenções direcionadas à redução das complicações gestacionais. Nesse contexto, parte das hospitalizações potencialmente evitáveis pode estar relacionada ao reconhecimento tardio do risco, ao acompanhamento insuficiente e à dificuldade de manejo oportuno das intercorrências maternas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morbidade materna grave durante o ciclo gravídico-puerperal mostrou-se relacionada à combinação de condições clínicas, antecedentes obstétricos, vulnerabilidades socioeconômicas e características da assistência prestada. Infecção urinária, anemia, doenças hipertensivas, comorbidades e cesariana anterior compõem situações que podem aumentar a necessidade de hospitalização, sobretudo quando associadas ao reconhecimento tardio do risco e às dificuldades de acompanhamento durante a gestação e o puerpério.

As internações potencialmente evitáveis não se restringem à presença de doenças maternas, mas também se relacionam à oportunidade com que essas condições são identificadas e conduzidas pelos serviços de saúde. O início oportuno do pré-natal, a avaliação sistemática dos fatores de risco, o manejo adequado das intercorrências e a continuidade assistencial após o parto constituem pontos decisivos para impedir a progressão de complicações para quadros de maior gravidade.

A contribuição do trabalho está na compreensão de que a vigilância da morbidade materna precisa ultrapassar o momento da internação para o parto e incorporar o acompanhamento antenatal e puerperal. Essa perspectiva pode favorecer a organização de fluxos assistenciais capazes de reconhecer precocemente mulheres com maior vulnerabilidade e orientar intervenções preventivas, fortalecendo a articulação entre atenção básica, assistência obstétrica hospitalar e seguimento pós-parto.

Entre as limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, o número reduzido de publicações incluídas, a restrição às bases e idiomas definidos e a heterogeneidade metodológica das pesquisas selecionadas. Recomenda-se que futuras investigações ampliem o número de publicações e adotem delineamentos capazes de avaliar a relação entre condições maternas, qualidade do pré-natal, acesso aos serviços e hospitalizações evitáveis, incluindo acompanhamento prolongado no puerpério e diferentes contextos regionais e socioeconômicos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Magna Santos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, e00096419, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00096419. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n7/e00096419/pt/.

BOGHOSSIAN, Nansi S. *et al.* Severe maternal morbidity from pregnancy through 1 year postpartum. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, v. 6, n. 7, 101385, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101385. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38768903/.

DOLCE, Lara Domingues *et al.* Mortalidade materna: um problema de saúde pública. **Revista FT**, v. 30, n. 157, 2026. DOI: https://doi.org/10.69849/5dm5y485. Disponível em: https://www.revistaft.com/ft/article/view/436.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Operationalization of Severe Maternal Morbidity surveillance in administrative databases of the Brazilian public and private health systems: Brazil 2015–2022. **PLoS One**, v. 21, n. 4, e0331544, 2026. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331544. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13089725/.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Perinatal mortality, severe maternal morbidity and maternal near miss: protocol of a study integrated with the Birth in Brazil II survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, e00248222, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT248222. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38695462/.

NIK HAZLINA, Nik Hussain *et al.* The prevalence and risk factors for severe maternal morbidities: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Medicine**, v. 9, 861028, 2022. DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2022.861028. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2022.861028/full.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; LINS, Anahi Cézar de Lima. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 3, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.33202019. Disponível em: https://new.scielo.br/j/csc/a/vQJ3Y9FwQ8tBdsRH6k6ttwH/abstract/?ilang=pt_BR&lang=pt.

SILVA, Lara dos Santos *et al.* Análise das principais causas de mortalidade materna no Brasil de 2018 a 2022: fatores determinantes e implicações para a saúde pública. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 13, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.16891/2317-434X.v13.e5.a2025.id2272. Disponível em: https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/2272.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE PROVENIENTE DO CÂNCER DE ESTÔMAGO EM HOMENS NO BRASIL

Paulo Roberto Pereira Borges[1]; Daiane Monique de Sá Martins[2]; Leandro de Oliveira Câmara[3]; Jéssica Xavier de Sá Morais[4]; Maria Antonia Machado Leal[5]; Josué Fernandes da Silva Filho[6]; Hugo de Sousa Leal Neto[7]; Roney Guttiery Ribeiro Costa[8]; Ana Carolina Lino Silverio[9]; Michelle Elias Fernandes da Silva Guarnaschelli[10].

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ppereiraborges@gmail.com
[2] Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: dayanemonique96@hotmail.com
[3] Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: leandro.camara@ufu.br
[4] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: jejeudi@gmail.com
[5] Centro Universitário do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariaantonialeal@hotmail.com
[6] Faculdade Zarns Itumbiara, Itumbiara, Goiás, Brasil. E-mail: josuefernandes21@hotmail.com
[7] Centro Universitário Facid DeVry, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: hugs.90@gmail.com
[8] Instituto de Ensino Superior Múltiplo, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ronneyguttiery@hotmail.com
[9] Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: anacarolino.fisioterapia@gmail.com
[10] Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: michellefguarnaschelli@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer de estômago é o terceiro câncer mais frequente nos homens e o quinto nas mulheres no Brasil, responsável pela morbidade e mortalidade em âmbito mundial (INCA, 2022). No início os sintomas não são específicos, apresentando dores abdominais, falta de apetite e náuseas, esses sinais e sintomas merecem atenção importante para buscar uma avaliação precoce e adequada (RODRIGUES et al., 2020). **Objetivo:** Investigar a incidência de mortalidade em homens decorrentes do câncer de estômago. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, foi utilizada as bases de dados LILACS, Scielo e PubMed. Foram encontrados 52 estudos, 19 desses foram selecionados por apresentarem texto completos e 5 apresentaram critério de inclusão (português e inglês), após a aplicação do recorte temporal dos últimos 5 anos. **Resultados e Discussão:** Segundo o INCA, diversos fatores estão relacionados ao surgimento da doença, entre eles se destacam a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*, o tabagismo, o aumento de peso, consumo de bebida alcóolica, alimentos conservados em sal e baixo consumo de frutas e vegetais. No triênio de 2026 a 2028 no Brasil, o número aproximado de novos casos de câncer de estômago por ano é de 22.530 novos casos, ocupa o 5° colocação o câncer de estômago como o mais corriqueiro, sem citar os tumores de pele não melanoma (INCA, 2026). Em 2024 no Brasil, a estimativa é de 14.917 mortes decorrentes do câncer de estômago, equivalente a 7,0 mortes para 100 mil brasileiros (Radar, 2026). A grande desigualdade social observada no Brasil, negativamente na região Norte é maior a estatística de óbitos, sendo que a localização e a definição do tratamento em domicílio torna possível a criação de barreiras financeiras (CUNHA et al., 2023). Além disso, o fato dos homens utilizarem menos os sistemas de saúde presentes na medicina preventiva, o que torna ainda mais vantajoso prognósticos avançados e a descoberta precoce aumenta a sobrevida (ARRUDA et al., 2020). A escolaridade e a questão econômica estão relacionadas, tanto a renda como a escolaridade afetam a condição de vida desse público, a maior parte das mortes são das vítimas com 11 anos ou menos de escolaridade (Silva et al., 2023). Nesse

contexto, a prevenção da infecção, o diagnóstico ideial e o tratamento das vítimas são ingredientes necessários da estratégia para o controle da doença (BURZ et al., 2024). **Considerações Finais:** Portanto, a importância de implantação de políticas públicas voltadas para este público é viável, campanhas de exames de prevenção e tratamentos da doença, como acesso a educação que é essencial para a qualidade de vida e melhora socioeconômica. Além disso, há a necessidade de promover novas pesquisas sobre a doença, pois a literatura atual é limitada.

Palavras-chave: Câncer de Estômago; Prevalência; Homens; Mortalidade.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, José Júlio Farias de; LIMA, Diego Laurentino; FURTADO, Rômulo da Silva; CORDEIRO, Raquel Nogueira; MEIRA, Marconi Roberto de Lemos. Bipartição gástrica para tratamento paliativo de câncer de estômago avançado: relato de caso. Revista de Medicina, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 202-208, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p202-208.

BURZ, Claudia et al. Helicobacter pylori infection in patients with gastric cancer: a 2024 update. Cancers, Basel, v. 16, n. 11, p. 1958, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/cancers16111958.

CUNHA, Larissa Souza da; AMORIM, Mariana Eloy de; GUIMARÃES, Marcela Augusta Rodrigues; TELES, Guilherme Augusto de Matos; SILVA, Luana Guimaraes da. Home care: desafios e papel da equipe de enfermagem na assistência personalizada aos pacientes. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 1309-1317, 2023. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10188.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de câncer. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/estomago. Acesso em: 27 out. 2026.

RADAR DO CÂNCER. Estômago. Disponível em: https://www.radardocancer.org.br/cancer-estomago. Acesso em: 15 out. 2026.

RODRIGUES, G. M. et al. Prospecto da neoplasia e suas características. Revista Liberum accessum, v. 5, n. 1, p. 42–47, 2020.

SILVA, Jardel Vilarino Santos da; VIEIRA, José Geraldo Vidal; YOSHIZAKI, Hugo Takeuchi Yoshizaki. Avaliação do perfil socioeconômico da população de baixa renda do Brasil: uma crítica às classificações correntes. urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana, Curitiba, v. 15, e20210370, 2023.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

RASTREAMENTO MOLECULAR DO HPV E OS DESAFIOS PARA BUSCA ATIVA, ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E EQUIDADE NO ACESSO

DOI: 10.71248/conevy.43.342

Michele Almeida dos Santos[1]; Benedita Neida da Silva Flexa[2]; Kauã Clodoaldo dos Santos Trindade[3]; Emili de Oliveira Lima[4]; Lidiana Maria Leite Matos[5]; Eliselma Viana Pinto[6]; Renata Cristina Freitas Rebelo[7]; Dilce Maria Mendes Magioli[8]; Pamela Costa Pinto dos Santos[9]; Mariane de Souza Abreu[10].

[1] Especialista em Uti Geral e Gestão da Assistência ao Paciente; Crítico e Urgência pela FAVENI. E-mail: ichelealmeida201530@gmail.com
[2] Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: flexaneida@gmail.com
[3] Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau de Maceió – UNINASSAU. E-mail: Kauatrindade942@gmail.com
[4] Graduanda em Enfermagem pela Unifacs/FACS. E-mail: emillyoliveira3622@gmail.com
[5] Graduada Em Enfermagem pela Unicir Faculdade do Cariri Paraibano. E-mail: lidianaleite42@gmail.com
[6] Graduada em Enfermagem pela UNAMET. E-mail: eliselmavianapinto@gmail.com
[7] Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da família pela Faculdade Anhanguera. Email: Rebelo.renata@yahoo.com.br
[8] Especialista em Fisioterapia Pélvica e Uroginecologia funcional pela Estácio de Sá. E-mail: dilcemmm@gmail.com
[9] Especialista em Enfermagem Clínica pela UERJ. E-mail: pamelacostta@outlook.com
[10] Mestranda em saúde da família pela Fiocruz. Email: mariane.souza.abreu@gmail.com

RESUMO

O rastreamento molecular do papilomavírus humano (HPV) exige organização assistencial para assegurar a participação da população elegível e a continuidade do cuidado após resultados positivos. Objetivou-se analisar os desafios do rastreamento molecular do HPV relacionados à busca ativa, ao acompanhamento clínico e à equidade no acesso aos serviços de saúde. Realizou-se revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, com buscas no PubMed/PubMed Central, SciELO e páginas institucionais do Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer e Organização Pan-Americana da Saúde, sem delimitação temporal inicial. Foram incluídos seis artigos publicados entre 2021 e 2026, submetidos à extração de informações e síntese descritiva, além de documentos oficiais para contextualização normativa. Os resultados identificaram atrasos na investigação diagnóstica e no tratamento, dificuldades de comparecimento à colposcopia e desigualdades territoriais e socioeconômicas. Distância, horários restritos, demora dos resultados, medo e vergonha dificultaram o acesso. Convites realizados por profissionais, educação em saúde individualizada e oferta de procedimentos na mesma unidade favoreceram a participação e o seguimento. A predominância de pesquisas sobre rastreamento citopatológico limita a transferência direta dos resultados para programas com teste molecular. Conclui-se que a incorporação dessa tecnologia requer busca ativa articulada ao acompanhamento dos encaminhamentos e à redução das barreiras assistenciais. A atuação multiprofissional e o cuidado interdisciplinar devem integrar atenção primária, regulação e serviços especializados, considerando as necessidades clínicas e as condições de vida das usuárias.

Palavras-chave: HPV; Busca ativa; Acompanhamento; Equidade; Acesso aos serviços de saúde.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

ABSTRACT

Molecular screening for human papillomavirus (HPV) requires an organized healthcare framework to ensure the participation of the eligible population and the continuity of care following positive results. This study aimed to analyze the challenges associated with molecular HPV screening, specifically regarding active outreach, clinical follow-up, and equitable access to health services. An integrative literature review was conducted using a qualitative, descriptive approach, with searches performed in PubMed/PubMed Central, SciELO, and the institutional websites of the Brazilian Ministry of Health, the National Cancer Institute, and the Pan American Health Organization, with no initial time constraints. Six articles published between 2021 and 2026 were included, from which data were extracted and synthesized; official documents were also consulted to provide a normative context. The findings revealed delays in diagnostic investigation and treatment, difficulties in attending colposcopy appointments, and both territorial and socioeconomic inequalities. Factors such as geographical distance, restricted operating hours, long wait times for results, fear, and shame hindered access. Conversely, invitations extended by healthcare professionals, personalized health education, and the provision of procedures within the same facility facilitated participation and follow-up. The prevalence of research focused on cytopathological screening limits the direct application of these findings to programs utilizing molecular testing. It is concluded that the integration of this technology necessitates active outreach, coordinated monitoring of referrals, and the reduction of barriers to care. A multiprofessional approach and interdisciplinary care must integrate primary healthcare, referral management, and specialized services, while accounting for the clinical needs and living conditions of the individuals served.

Keywords: HPV; Active outreach; Follow-up; Equity; Access to health services.

1. INTRODUÇÃO

A infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV) está relacionada ao desenvolvimento da maior parte dos cânceres do colo do útero (CCU). A evolução geralmente lenta entre a infecção persistente, as lesões precursoras e a doença invasiva permite que o rastreamento identifique alterações em fases nas quais o tratamento pode evitar a progressão. Essa possibilidade, porém, depende de uma linha de cuidado que vá além da coleta do exame: a pessoa precisa receber o resultado, realizar a avaliação complementar indicada e, quando necessário, ter acesso ao tratamento em tempo oportuno (WHO, 2021).

A magnitude do problema permanece relevante no Brasil. Para cada ano do triênio 2026–2028, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 19.310 casos novos de CCU, correspondentes a um risco de 17,59 casos por 100 mil mulheres. A distribuição não é homogênea: as taxas estimadas são mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste, com 22,79 e 20,76 casos por 100 mil mulheres,

respectivamente. Esses números reforçam que a prevenção precisa considerar as diferenças territoriais na oferta dos serviços e nas condições de acesso ao cuidado (INCA, 2026).

Nesse contexto, o rastreamento molecular por meio da detecção do DNA-HPV oncogênico ganhou espaço por identificar diretamente a presença de tipos virais associados ao câncer cervical. Em 2025, o Ministério da Saúde (MS) aprovou as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I, que estabelece o uso organizado desses testes como estratégia nacional. A mudança requer reorganizar etapas que incluem convocação da população elegível, coleta, comunicação dos resultados, triagem dos testes positivos e encaminhamento para avaliação diagnóstica e tratamento (Brasil, 2025).

A experiência brasileira de rastreamento organizado em Indaiatuba oferece elementos para compreender essa transição. Em estudo de base populacional, a implantação do teste DNA-HPV foi associada a maior cobertura projetada e maior adequação à faixa etária recomendada do que a estratégia citológica anteriormente utilizada no município. Esse resultado mostra o potencial de um programa organizado, mas também ressalta que a efetividade depende de cadastro da população, busca ativa e continuidade do cuidado após um resultado alterado. Uma experiência municipal, contudo, não garante que os mesmos resultados ocorram em territórios com estruturas e recursos distintos (Teixeira *et al.*, 2021).

A continuidade assistencial é especialmente decisiva após um resultado positivo. A detecção de HPV oncogênico, por si só, não significa diagnóstico de câncer; ela indica a necessidade de seguir o protocolo de avaliação, que pode incluir triagem e encaminhamento para colposcopia ou outros procedimentos. Quando há demora na realização dessas etapas, falhas na comunicação do resultado ou dificuldade de localizar a usuária, a oportunidade de identificar e tratar lesões precursoras pode ser perdida. Por isso, busca ativa e acompanhamento clínico precisam estar incorporados à rotina dos serviços, com responsabilidades definidas entre atenção primária e serviços de referência (Brasil, 2025;WHO, 2021).

As desigualdades de acesso também aparecem nos dados brasileiros. Em análise do rastreamento realizado no SUS entre 2021 e 2023, a cobertura registrada foi de 39,03% entre mulheres de 25 a 64 anos; a proporção foi de 43,71% entre mulheres brancas, 36,20% entre não brancas e 37,58% entre indígenas. Embora esses dados se refiram ao período e ao modelo de rastreamento avaliados, eles expõem diferenças raciais que precisam ser consideradas na implantação do teste molecular. Barreiras relacionadas a distância, disponibilidade de consultas e

procedimentos, condições socioeconômicas e qualidade do registro podem comprometer tanto a entrada no rastreamento quanto o seguimento posterior (Santos Junior *et al*., 2026).

Diante disso, o desafio do rastreamento molecular não se limita à incorporação de uma tecnologia diagnóstica. É necessário organizar a busca ativa das pessoas elegíveis, garantir comunicação compreensível dos resultados e estruturar fluxos que permitam o acompanhamento clínico sem interrupções, considerando as desigualdades regionais e raciais que atravessam o acesso ao SUS.

Objetivo geral: analisar os desafios do rastreamento molecular do HPV relacionados à busca ativa, ao acompanhamento clínico e à equidade no acesso aos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, sobre os desafios do rastreamento molecular do HPV relacionados à busca ativa, ao acompanhamento clínico e à equidade no acesso. O percurso foi organizado conforme as etapas propostas por Hassunuma *et al.* (2024): delimitação do tema e da questão norteadora, definição de termos de busca, consulta às fontes, seleção e leitura das publicações, extração das informações e síntese dos resultados.

A questão norteadora foi: quais desafios e possibilidades a literatura descreve para organizar o rastreamento molecular do HPV, localizar a população elegível, garantir o seguimento clínico após resultados positivos e reduzir desigualdades de acesso no Brasil?

As buscas foram realizadas no ambiente virtual online, sem delimitação inicial de ano, nas fontes PubMed/PubMed Central, SciELO e em páginas institucionais do MS, INCA e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A busca combinou termos em português e inglês relacionados a “HPV”, “teste DNA-HPV”, “rastreamento do câncer do colo do útero”, “busca ativa”, “acompanhamento”, “equidade” e “acesso aos serviços de saúde”. Foram considerados os descritores DeCS/MeSH correspondentes, associados pelos operadores *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos com texto disponível que abordassem rastreamento com teste DNA-HPV, organização de programas, cobertura, seguimento de resultados alterados

ou desigualdades no acesso, além de documentos normativos brasileiros pertinentes. Foram excluídas publicações sem relação direta com a questão norteadora e materiais que não apresentassem informações suficientes para identificar método ou resultados. Após leitura dos registros e dos textos acessíveis, seis artigos foram selecionados para a síntese, além de documentos oficiais usados para contextualizar a política nacional. Os trabalhos selecionados foram publicados entre 2021 e 2026 e incluem estudos de Indaiatuba, análises nacionais de cobertura e investigação das desigualdades no diagnóstico.

A extração contemplou autoria, ano, objetivo, delineamento, base de dados ou população estudada, resultados relevantes e limitações para a interpretação. Os achados foram organizados em síntese descritiva, comparando os resultados sobre desempenho do rastreamento organizado, cobertura, seguimento e desigualdades. Os documentos normativos foram analisados separadamente dos artigos científicos, para distinguir recomendações oficiais de resultados empíricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos seis estudos com enfoques complementares: seguimento de mulheres com exames alterados; comparecimento à colposcopia após teste de HPV de alto risco positivo; indicadores nacionais de rastreamento, diagnóstico e tratamento; e barreiras relatadas por usuárias em diferentes contextos. Para apresentar os delineamentos, as populações e os resultados sem confundir evidências sobre rastreamento citopatológico com avaliações do teste molecular, os artigos estão caracterizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos sobre seguimento, comparecimento e barreiras ao rastreamento do câncer do colo do útero

ESTUDO	DELINEAMENTO E PARTICIPANTES OU DADOS	RESULTADOS RELEVANTES
Ribeiro *et al.* (2021)	Coorte com vinculação de registros de sistemas de saúde; mulheres com exame de alto grau ou mais grave no estado de São Paulo	Entre 4.300 mulheres, 64,8% tinham registro de investigação diagnóstica. O tempo mediano até o diagnóstico foi de 190 dias e, até o tratamento, de 81 dias.
Buss *et al*. (2021)	Coorte prospectiva de mulheres com HPV de alto risco positivo atendidas na atenção primária em São Paulo	80,4% compareceram à colposcopia; o intervalo mediano entre o teste e o procedimento foi de 132 dias. O comparecimento foi maior quando teste e colposcopia eram oferecidos pela mesma

		unidade.
Silva *et al*. (2022)	Estudo descritivo com dados dos sistemas do SUS, por região, entre 2013 e 2020	Houve variação regional e queda da cobertura citopatológica, agravada entre 2019 e 2020. O estudo também identificou diferenças entre procedimentos estimados e registrados e atrasos para início do tratamento.
Mariño *et al.* (2025)	Estudo qualitativo com entrevistas e grupo focal; 37 mulheres de duas unidades de saúde em Coari, Amazonas	Convites de profissionais e oferta do exame em unidades ribeirinhas foram facilitadores. Distância, falta de profissionais, demora dos resultados, falta de informação e fatores emocionais foram barreiras relatadas.
Luizaga *et al.* (2025)	Inquérito com 384 mulheres de 25 a 64 anos atendidas em 50 unidades de saúde de São Paulo	Medo de resultado desfavorável, demora dos resultados, espera prolongada e vergonha foram barreiras mencionadas. Menor renda e escolaridade se associaram a relatos de dificuldades.
Pereira *et al*. (2026)	Estudo qualitativo com 20 usuárias de duas unidades de atenção primária de Manaus	Dias restritos para coleta e rotina de trabalho foram barreiras; presença de profissional mulher e educação em saúde individualizada foram facilitadores relatados.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

O seguimento de resultados alterados aparece como uma fragilidade entre a realização do exame e a conclusão do cuidado. Na coorte paulista de Ribeiro *et al*. (2021), 4.300 mulheres tinham resultado citopatológico de alto grau ou mais grave. Havia registro de investigação diagnóstica para 2.788 delas (64,8%); a mediana até o diagnóstico foi de 190 dias, e somente 7% realizaram investigação em até 30 dias. Entre as mulheres com registro de tratamento, a mediana até seu início foi de 81 dias; 44% começaram o tratamento em até 60 dias após a confirmação diagnóstica. Como o estudo utilizou dados de 2010 e exames citopatológicos, não mede o desempenho atual do rastreamento por DNA-HPV, mas demonstra a importância de acompanhar o percurso após um resultado alterado.

O comparecimento à colposcopia também depende da organização dos serviços. No estudo de Buss *et al*. (2021), realizado com mulheres com teste positivo para HPV de alto risco, 80,4% compareceram ao procedimento, com intervalo mediano de 132 dias entre o teste inicial e a colposcopia. O comparecimento foi maior quando a mesma unidade oferecia os dois atendimentos: 91,4%, em comparação com 66,2% entre as usuárias encaminhadas a outro serviço. Esses dados apontam uma possível barreira nos encaminhamentos externos e nos deslocamentos entre pontos da rede. O estudo não demonstra que a oferta local, isoladamente, elimine as faltas, mas sustenta a importância de aproximar o procedimento diagnóstico do serviço que iniciou o rastreamento ou de monitorar o encaminhamento.

A dimensão territorial aparece na avaliação nacional de Silva *et al*. (2022), baseada em dados do SUS de 2013 a 2020. Os autores encontraram variação regional na cobertura citopatológica e uma tendência de queda que se acentuou entre 2019 e 2020. O número registrado de exames alterados ficou abaixo do estimado, e a proporção de mulheres com câncer invasivo que iniciou o tratamento após 60 dias variou, em parte do período, de cerca de 50% na Região Sul a 70% na Região Norte. A pandemia reduziu a realização de exames de rastreamento e de seguimento, influenciando os indicadores de 2020. Por dependerem dos registros dos sistemas de informação, os resultados estão sujeitos à completude e à qualidade desses dados; ainda assim, evidenciam que os obstáculos envolvem a capacidade regional de registrar, encaminhar e ofertar procedimentos.

As barreiras relatadas por mulheres do interior do Amazonas mostram que a oferta formal do exame não garante, por si só, acesso efetivo. Mariño *et al*. (2025) entrevistaram 37 mulheres em duas unidades de saúde de Coari. O convite feito por profissionais e a disponibilidade do exame em unidades ribeirinhas foram relatados como facilitadores. Entre as barreiras apareceram distância geográfica, falta de profissionais e formulários, restrições de tempo, dificuldades financeiras, demora na entrega dos resultados, falta de informação, vergonha, medo e fatalismo. Os relatos indicam a relevância de estratégias construídas com as equipes e os serviços do território. Por ser uma pesquisa qualitativa em um município, porém, não permite estimar a frequência dessas barreiras em toda a população brasileira.

Em São Paulo, Luizaga *et al.* (2025) investigaram atitudes e barreiras entre 384 mulheres atendidas em 50 unidades de saúde. Embora 87% tenham relatado exame citopatológico nos cinco anos anteriores, foram mencionados medo de receber uma notícia desfavorável (41%), demora dos resultados (30%), longos tempos de espera (30%) e vergonha (29%). Menor renda esteve associada a relatos de demora dos resultados e de espera prolongada; menor escolaridade, a relatos de demora e vergonha. A realização do exame em algum momento, portanto, não significa necessariamente continuidade regular nem conclusão das etapas de acompanhamento. Como o estudo examinou o exame citopatológico em serviços paulistas, seus percentuais não podem ser tratados como estimativas nacionais nem como avaliação da experiência com o DNA-HPV.

As experiências reunidas por Pereira *et al.* (2026) ajudam a compreender como a rotina da atenção primária interfere no acesso. Em entrevistas com 20 usuárias de duas unidades de Manaus, os autores identificaram como obstáculos os dias restritos para coleta e a incompatibilidade entre os horários do serviço e a rotina de trabalho. A presença de profissional mulher e a educação em saúde individualizada foram descritas como facilitadores. Esses aspectos são relevantes para a busca ativa porque o convite precisa vir acompanhado de condições concretas para o comparecimento, como horários acessíveis, orientação clara e acolhimento. O número de participantes e a realização em apenas duas unidades limitam a transferência dos resultados para outros contextos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação do rastreamento molecular do HPV exige que a capacidade de identificar o risco seja acompanhada pela capacidade de oferecer uma resposta assistencial a cada resultado. Em relação ao objetivo proposto, conclui-se que os desafios da busca ativa, do acompanhamento clínico e da equidade estão interligados: ampliar a participação no rastreamento tem alcance limitado

quando as usuárias encontram dificuldades para concluir a investigação e acessar o cuidado indicado. Assim, a avaliação dessa estratégia precisa considerar o percurso assistencial completo, inclusive a situação das pessoas que permanecem fora dos serviços.

A contribuição desta revisão consiste em situar a transição tecnológica como uma responsabilidade compartilhada pela rede de saúde. Na prática, recomenda-se estabelecer atribuições entre profissionais da atenção primária, regulação e atenção especializada, com acompanhamento dos encaminhamentos até sua conclusão. A atuação interdisciplinar pode favorecer decisões articuladas às necessidades clínicas e às condições de vida das usuárias, permitindo que dificuldades de deslocamento, compreensão das orientações e disponibilidade para comparecimento sejam consideradas no planejamento assistencial.

A interpretação das conclusões requer cautela diante da diversidade dos delineamentos, dos contextos locais e dos períodos investigados. A predominância de pesquisas sobre rastreamento citopatológico restringe a transferência direta dos resultados para programas baseados no teste molecular. Além disso, os procedimentos de busca e seleção descritos limitam a abrangência e a reprodutibilidade da revisão, enquanto a ausência de uma avaliação formal da qualidade metodológica impede estabelecer o grau de confiança das conclusões.

Recomenda-se que pesquisas futuras acompanhem a implantação do teste molecular em diferentes territórios, avaliando a conclusão das etapas diagnósticas, as perdas de seguimento e as desigualdades entre grupos populacionais. Também são necessárias avaliações de intervenções de busca ativa e coordenação assistencial que permitam reconhecer quais estratégias são viáveis em serviços com recursos distintos. Para a gestão, o compromisso central deve ser transformar a ampliação da oferta do exame em acesso efetivo à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-sectics-ms-no-3-de-7-de-marco-de-2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2025/portaria-conjunta-saes-sectics-no-13-de-29-de-julho-de-2025

BUSS, Lewis F. *et al*. Attendance for diagnostic colposcopy among high-risk human papillomavirus positive women in a Brazilian feasibility study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 152, n. 1, p. 72–77, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13362.

HASSUNUMA, Renato Massaharu *et al*. Revisão integrativa e redação de artigo científico: uma proposta metodológica em 10 passos. **Revista Multidisciplinar de Educação e Meio Ambiente**, v. 5, n. 3, 2024. DOI: 10.51161/integrar/rems/4275.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **INCA estima 781 mil novos casos de câncer por ano no Brasil entre 2026 e 2028**. Rio de Janeiro: INCA, 4 fev. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2026/inca-estima-781-mil-novos-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-entre-2026-e-2028

LUIZAGA, Carolina Terra de Moraes *et al*. Barriers and attitudes toward cervical cancer screening among eligible women. **Cancer Causes & Control**, v. 36, n. 12, p. 1763–1774, 2025. DOI: 10.1007/s10552-025-02058-4.

MARIÑO, Josiane Montanho *et al*. Facilitators and barriers to the Papanicolaou test on women in countryside of Amazonas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, supl. 1, e20250069, 2025. DOI: 10.1590/1983-1447.2025.20250069.en.

OLIVEIRA, Nayara Priscila Dantas de *et al.* Social inequalities in the diagnosis of cervical cancer in Brazil: a hospital-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, e03872023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.03872023.

PEREIRA, Jonathan Queen Rosas *et al.* Prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: barreiras e facilitadores na perspectiva de usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 72, n. 4, e-045743, 2026. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5743.

RIBEIRO, Caroline Madalena *et al.* Cervical cancer screening in Brazil: a coverage analysis using the Brazilian Cancer Information System. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 8, e00152224, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT152224.

RIBEIRO, Caroline Madalena *et al.* Estimated number of procedures for implementing organized screening with HPV-DNA testing in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 50, e7, 2026. DOI: 10.26633/RPSP.2026.7.

RIBEIRO, Caroline Madalena *et al*. Follow-up of women screened for cervical cancer in São Paulo, Brazil: an analysis of the times to diagnostic investigation and treatment. **Cancer Epidemiology**, v. 72, art. 101940, 2021. DOI: 10.1016/j.canep.2021.101940.

SANTOS JUNIOR, Édnei César de Arruda *et al.* Rastreamento para câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde segundo raça/cor da pele: desigualdades regionais no Brasil (2021–2023). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 72, n. 1, 2026. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5430.

SILVA, Gulnar Azevedo e *et al.* Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, e00041722, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT041722.

TEIXEIRA, Julio Cesar *et al*. Organization of cervical cancer screening with DNA-HPV testing impact on early-stage cancer detection: a population-based demonstration study in a Brazilian city. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 5, art. 100084, 2021. DOI: 10.1016/j.lana.2021.100084.

TEIXEIRA, Julio Cesar *et al.* Transition from opportunistic cytological to organized screening program with DNA-HPV testing detected prevalent cervical cancers 10 years in advance. **Scientific Reports**, v. 14, art. 20761, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-71735-2.

WHO, World Health Organization. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2. ed. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA E OS FATORES RELACIONADOS À PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

Samanta Vieira Leal[1]; Benedito Caldeira Rodrigues Neto[2]; Marcelo Leite Cavalcante[3]; Francisco Lucas Rufino Santos Passos[4]; Flaviane Maria dos Santos[5]; Mariana Nascimento Costa[6]; Nayara Ferreira Saraiva Viana[7]; Rosane de Mattos Vieira[8]; Maria Cristina Silva de Souza Mattos[9]; Rosana Mattos do Carmo[10].

[1] Especialista em Enfermagem dermatológica pela HUAP. E-mail: Samanta.leal50@gmail.com
[2] Graduando em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Esperança. E-mail: caldeirabenedito172@gmail.com
[3] Graduando em Medicina pela Uninassau – Maracanaú. E-mail: Marcelo.00cavalcante@hotmail.com
[4] Residência em cirurgia Oncológica pelo Instituto do Câncer do Ceará. E-mail: lucas.rufino@gmail.com
[5] Especialista em farmacologia clínica pela UNIGRANRIO. E-mail: flamariasantos@gmail.com
[6] Especialista em Gestão e supervisão em sistemas empresariais e educacionais com docência em ensino superior pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA-CE. E-mail: mariananascimentopsicologa@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] Especialista em Pesquisa Clínica e Pré-Clínica pela Universidade Clementino Fraga Filho. E-mail: rosanemattosvieira13@gmail.com
[9] Especialista em Pilates Saúde e Bem-estar. E-mail: maria.mattos@unirio.br
[10] Especialista em oncologia, nutrição clínica e ambulatorial e MBA em gestão na Faculdade Unyleya. E-mail: rmcnutri@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores relacionados à prevenção de erros de medicação na terapia antineoplásica e suas implicações para a segurança do paciente oncológico. **MÉTODOS:** Revisão narrativa, descritiva e qualitativa, realizada na BVS, contemplando LILACS e MEDLINE, SciELO e PubMed. Utilizaram-se os descritores Segurança do Paciente (*Patient Safety*), Erros de Medicação (*Medication Errors*), Antineoplásicos (*Antineoplastic Agents*), Neoplasias (*Neoplasms*) e Adesão à Medicação (*Medication Adherence*), com seus correspondentes MeSH, combinados pelos operadores *AND* e *OR*. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, quatro artigos foram incluídos. **RESULTADOS:** Foram identificadas como principais medidas preventivas a prescrição eletrônica padronizada, avaliação farmacêutica, conciliação medicamentosa e dupla checagem. Também se destacaram intervenções educativas, comunicação acessível, controle dos horários da quimioterapia oral e confirmação da compreensão das orientações pelo paciente. **CONCLUSÃO:** A prevenção de erros na terapia antineoplásica depende da integração de barreiras profissionais, organizacionais, farmacêuticas e educativas, contribuindo para o fortalecimento dos protocolos de segurança, acompanhamento farmacoterapêutico e participação ativa do paciente.

Palavras-chave: Antineoplásicos; Adesão à Medicação; Erros de Medicação; Neoplasias; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze factors related to the prevention of medication errors in antineoplastic therapy and their implications for the safety of oncology patients. **METHODS:** A narrative,

descriptive, and qualitative review was conducted using the Virtual Health Library (VHL)—covering LILACS, MEDLINE, SciELO, and PubMed. The descriptors used were Patient Safety, Medication Errors, Antineoplastic Agents, Neoplasms, and Medication Adherence (along with their corresponding MeSH terms), combined using the operators AND and OR. Four articles were included after the review of titles, abstracts, and full texts. **RESULTS:** Standardized electronic prescribing, pharmaceutical assessment, medication reconciliation, and double-checking were identified as key preventive measures. Educational interventions, accessible communication, scheduling control for oral chemotherapy, and confirmation of the patient's understanding of instructions also emerged as significant factors. **CONCLUSION:** Preventing errors in antineoplastic therapy relies on integrating professional, organizational, pharmaceutical, and educational safeguards, thereby strengthening safety protocols, pharmacotherapeutic monitoring, and active patient participation.

Keywords: Antineoplastic Agents; Medication Adherence; Medication Errors; Neoplasms; Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

A terapia antineoplásica constitui uma das principais modalidades empregadas no tratamento das neoplasias malignas e envolve esquemas terapêuticos definidos conforme estadiamento clínico, características tumorais e fatores prognósticos. Projeções apresentadas para 2030 estimaram aproximadamente 21,4 milhões de pessoas com câncer e 13,2 milhões de óbitos relacionados à doença, cenário que amplia a demanda por tratamentos oncológicos e exige maior controle dos riscos envolvidos na utilização de medicamentos de elevada toxicidade (Oliveira *et al*., 2019).

No cuidado oncológico, a segurança do paciente adquire particular importância devido à complexidade dos tratamentos, à vulnerabilidade clínica e aos riscos associados ao processo medicamentoso. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) incluiu a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos entre seus protocolos básicos, enquanto a assistência oncológica demanda organização dos processos, vigilância contínua e participação articulada dos diferentes profissionais envolvidos no tratamento (Brazil *et al*., 2023; Siqueira *et al*., 2023).

A relevância desta temática decorre do potencial de gravidade associado aos erros envolvendo antineoplásicos, medicamentos considerados de alta vigilância em razão da toxicidade e do estreito índice terapêutico. Na oncopediatria, o risco de danos significativos

relacionados a falhas no tratamento varia de um a quatro casos para cada mil medicamentos prescritos, além de terem sido registrados incidentes vinculados à prescrição, ao preparo e à dispensação, reforçando a necessidade de aprimorar barreiras destinadas à prevenção dessas ocorrências (Barreto *et al*., 2024).

Diante desse contexto, justifica-se aprofundar a compreensão dos fatores capazes de interferir na segurança da terapia antineoplásica, considerando que falhas podem ocorrer em diferentes etapas do processo medicamentoso e comprometer a qualidade da assistência. O problema de pesquisa concentra-se na identificação dos fatores relacionados à prevenção de erros durante o uso desses medicamentos. Assim, objetiva-se analisar os fatores relacionados à prevenção de erros de medicação na terapia antineoplásica e suas implicações para a segurança do paciente oncológico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, destinada à análise de produções sobre segurança do paciente na terapia antineoplásica e prevenção de erros de medicação. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando LILACS e MEDLINE, além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da PubMed, priorizando publicações relacionadas diretamente à temática investigada.

Foram utilizados descritores DeCS e seus correspondentes MeSH: Segurança do Paciente (*Patient Safety*), Erros de Medicação (*Medication Errors*), Antineoplásicos (*Antineoplastic Agents*), Neoplasias (*Neoplasms*) e Adesão à Medicação (*Medication Adherence*). Os termos foram combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, utilizando estratégias como "*Patient Safety*" *AND* "*Medication Errors*" *AND* "*Antineoplastic Agents*", com adaptações conforme os recursos de busca disponíveis em cada base.

Foram incluídos artigos em português, inglês ou espanhol, disponíveis integralmente e relacionados a erros de medicação, intervenções farmacêuticas, adesão à quimioterapia oral ou participação do paciente na administração segura. Excluíram-se

duplicidades, editoriais, cartas, resumos de eventos, textos sem acesso integral e publicações sem resultados científicos próprios. Após leitura de títulos, resumos e textos completos, cinco documentos foram considerados elegíveis, quatro incluídos e um excluído.

A coleta ocorreu mediante leitura integral dos quatro artigos selecionados, considerando autoria, ano, delineamento, contexto investigado, fatores relacionados aos erros e estratégias preventivas. As informações foram submetidas à análise descritiva e interpretativa, contemplando aspectos profissionais, organizacionais, farmacêuticos e educativos apresentados nos resultados. Por utilizar dados de acesso público, não houve necessidade de avaliação ética. Como limitações, destacam-se o número reduzido de artigos, a natureza narrativa e a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em cinco documentos potencialmente elegíveis, dos quais quatro foram incluídos após leitura integral e um foi excluído por não apresentar resultados científicos próprios. As publicações selecionadas abordaram erros no processo medicamentoso, problemas relacionados à farmacoterapia, adesão à quimioterapia oral e participação do paciente na administração segura, permitindo identificar fatores profissionais, organizacionais e educativos associados à prevenção de danos.

Menezes *et al*. (2025) identificaram a prescrição eletrônica padronizada, a avaliação farmacêutica, a conciliação medicamentosa e a dupla checagem entre as medidas destinadas à interceptação de falhas no processo medicamentoso. Uchôa *et al*. (2024) registraram 141 problemas relacionados a medicamentos e 161 intervenções farmacêuticas, com presença expressiva de ações educativas. A associação dessas medidas estabelece barreiras em momentos distintos da farmacoterapia, reduzindo a possibilidade de uma inadequação prosseguir até a administração do antineoplásico.

Braz *et al*. (2025) encontraram letramento inadequado em 52,9% dos participantes e constataram que, entre aqueles classificados como não aderentes, 58% não cumpriam o

horário de administração da quimioterapia oral. Muniz *et al*. (2025) desenvolveram um infográfico e nove cartões de verificação associados ao método Teach-Back, destinados à participação do paciente durante a administração. O controle dos horários e a confirmação da compreensão das orientações tornam-se, assim, pontos específicos de prevenção no tratamento realizado fora do ambiente hospitalar.

Braz *et al*. (2025) não encontraram associação estatisticamente significativa entre o baixo letramento geral e a adesão global ao esquema antineoplásico oral, embora tenham identificado dificuldades relacionadas ao horário de uso. Muniz *et al*. (2025) direcionaram sua intervenção para a comunicação e a conferência das informações terapêuticas com participação do paciente. Os resultados diferem quanto ao papel isolado do letramento, mas se aproximam na necessidade de orientações compreensíveis e verificação prática do modo como o medicamento será utilizado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de erros de medicação na terapia antineoplásica exige a combinação de barreiras de segurança distribuídas pelas diferentes etapas do processo terapêutico. A prescrição eletrônica padronizada, a avaliação farmacêutica, a conciliação medicamentosa e a dupla checagem constituem medidas capazes de interceptar inadequações antes da administração, reforçando a necessidade de processos organizados e de atuação articulada entre os profissionais envolvidos no cuidado oncológico.

No tratamento com antineoplásicos orais, a segurança também depende da compreensão das orientações e do cumprimento adequado do esquema terapêutico. As dificuldades relacionadas aos horários de administração e à assimilação das informações reforçam a importância de estratégias educativas, comunicação acessível e confirmação prática da compreensão pelo paciente, ampliando sua participação no uso seguro do medicamento fora do ambiente hospitalar.

A contribuição do trabalho está na identificação de fatores profissionais, organizacionais, farmacêuticos e educativos que podem atuar de forma complementar na redução de riscos relacionados à terapia antineoplásica. Esses elementos oferecem

subsídios para o aperfeiçoamento de protocolos, práticas de conferência, acompanhamento farmacoterapêutico e ações educativas, favorecendo maior segurança assistencial e fornecendo base para o aprofundamento científico sobre prevenção de erros no cuidado oncológico.

Como limitações, destacam-se o número reduzido de publicações incluídas, o caráter narrativo da revisão e a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica, aspectos que restringem a generalização das conclusões. Recomenda-se que pesquisas futuras incluam amostras mais amplas, diferentes serviços oncológicos e delineamentos capazes de mensurar a efetividade da dupla checagem, das intervenções farmacêuticas, das estratégias educativas e da participação do paciente sobre a ocorrência de erros e a segurança do tratamento.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Elizangela Domiciano Garcia *et al.* Análise de causa raiz de incidentes de segurança na utilização de antineoplásicos em crianças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, supl. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0139pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/JSwcN7Qvp5sCx9Mjbcs5zhy/?lang=pt.

BRAZ, Yasmin Araujo *et al.* Health literacy and therapeutic adherence of patients undergoing oral antineoplastic chemotherapy: a correlational study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, supl. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250018.en. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/VSZnMJCjWQNPV485K8sZVrB/?lang=en.

BRAZIL, Maíne Norberto *et al.* Segurança do paciente oncológico: uma revisão. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, 2023. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.9857. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9857.

MENEZES, Rochele Mosmann *et al.* Main medication errors in oncology. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 58, n. 2, 2025. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2025.218248. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/en/article/view/218248.

MUNIZ, Elaine Cristina Salzedas *et al.* Tecnologia educacional para a participação do paciente na administração segura de quimioterápicos antineoplásicos: estudo metodológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240316.pt. Disponível em: https://new.scielo.br/j/rgenf/a/m693mfwrL35st8RDSvxcMZJ/?ilang=pt_BR&lang=pt.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de *et al.* Patient safety in the administration of antineoplastic chemotherapy and of immunotherapics for oncological treatment: scoping review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0312. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/NTx6wZsySnCtGNGTRhgNDWv/?lang=en.

SIQUEIRA, Diego Silveira *et al.* A segurança do paciente adulto em oncologia: revisão integrativa. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 3, n. 7, 2023. DOI: https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i7.301. Disponível em: https://recisatec.com.br/recisatec/pt_BR/article/view/301.

UCHÔA, Brenda Oliveira *et al.* Cuidado farmacêutico a pacientes elegíveis ao tratamento oncológico em um serviço de triagem multiprofissional. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 4, 2024. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4881. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4881.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

SUGAMADEX VERSUS NEOSTIGMINA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Giovana Mitie Bansho[1].

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: giovanabansho@outlook.com

RESUMO

Introdução: O bloqueio neuromuscular residual após anestesia geral compromete a permeabilidade da via aérea e a mecânica respiratória, favorecendo complicações pulmonares pós-operatórias (CPP). A neostigmina, inibidor da acetilcolinesterase, nem sempre assegura a recuperação completa da força muscular, enquanto o sugamadex, ciclodextrina que encapsula o rocurônio, proporciona reversão mais rápida e previsível. Permanece incerto, porém, se essa vantagem farmacológica se traduz em menor morbidade respiratória. **Objetivo:** Analisar as evidências recentes sobre o efeito do sugamadex, comparado à neostigmina, na incidência de complicações pulmonares e na recuperação pós-anestésica de adultos submetidos à anestesia geral. **Metodologia:** Trata-se de revisão integrativa em cinco etapas, guiada pela questão PICO: em adultos submetidos à anestesia geral com bloqueio neuromuscular (P), a reversão com sugamadex (I), comparada à neostigmina (C), reduz complicações pulmonares pós-operatórias (O)? A busca foi realizada na PubMed, com publicações de 2021 a 2026, utilizando os termos “Sugammadex”, “Neostigmine” e “postoperative pulmonary complications”, com filtro para metanálises. Foram identificados oito estudos; após exclusão daqueles restritos a subgrupos específicos (idosos, obesos e cirurgia pulmonar), cinco metanálises compuseram a amostra. **Resultados e Discussão:** Os estudos convergiram para um benefício respiratório do sugamadex. Olesnicky et al. (2024), reunindo 16 ensaios clínicos, estimaram menor chance de CPP (OR 0,67; IC95% 0,47–0,95). Liu, H. M. et al. (2023), com 21 estudos, observaram redução do risco de pneumonia (RR 0,65; IC95% 0,49–0,85), atelectasia (RR 0,64), necessidade de ventilação não invasiva (RR 0,65) e reintubação (RR 0,62; IC95% 0,43–0,91), sem diferença quanto à dessaturação. Em pacientes de risco segundo o índice ARISCAT (12 ensaios; 1.182 pacientes), a redução relativa de CPP foi de 34% (RR 0,66; IC95% 0,54–0,80), acompanhada de menor bloqueio residual (BAI et al., 2023). Zhu e Li (2025), com 35 ensaios e 4.275 pacientes, confirmaram recuperação mais rápida da razão de sequência de quatro estímulos ≥ 0,9, sem melhora na qualidade global da recuperação ou na função cognitiva. Como divergência, Liu, H. et al. (2023) identificaram benefício principalmente em estudos de coorte (RR 0,73; IC95% 0,60–0,89), sem diferença para pneumonia nos ensaios randomizados, e Olesnicky et al. (2024) não detectaram diferença significativa em mortalidade ou em dias vivos fora do hospital. Ensaios de pequeno porte, doses heterogêneas e fatores de confusão nos estudos observacionais limitam a certeza da evidência. Ainda assim, os achados reforçam a importância de assegurar a reversão completa do bloqueio, sobretudo em pacientes com maior risco respiratório. **Considerações Finais:** O sugamadex associou-se a menor incidência de complicações pulmonares

pós-operatórias em comparação à neostigmina, especialmente em pacientes de maior risco, embora sem impacto demonstrado na mortalidade ou na qualidade global da recuperação. Ensaios randomizados multicêntricos de grande porte são necessários para confirmar esses resultados.

Palavras-chave: Anestesia Geral; Bloqueio Neuromuscular; Complicações Pós-Operatórias; Neostigmina; Sugammadex.

REFERÊNCIAS

BAI, Y. X. et al. Sugammadex reduced the incidence of postoperative pulmonary complications in susceptible patients identified by ARISCAT risk index: systematic review and meta-analysis. **Advances in Therapy**, v. 40, n. 9, p. 3784-3803, 2023. DOI: 10.1007/s12325-023-02535-9.

LIU, H. et al. Superiority of sugammadex in preventing postoperative pulmonary complications. **Chinese Medical Journal**, v. 136, n. 13, p. 1551-1559, 2023.

LIU, H. M. et al. Postoperative pulmonary complications after sugammadex reversal of neuromuscular blockade: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. **BMC Anesthesiology**, v. 23, art. 130, 2023. DOI: 10.1186/s12871-023-02094-0.

OLESNICKY, B. L. et al. The effect of sugammadex on patient morbidity and quality of recovery after general anaesthesia: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Anaesthesia**, v. 132, n. 1, p. 107-115, 2024. DOI: 10.1016/j.bja.2023.10.032.

ZHU, N.; LI, Y. Sugammadex vs neostigmine in post-anesthesia recovery: a systematic review and meta-analysis. **Biomolecules and Biomedicine**, 2025. DOI: 10.17305/bb.2025.12689.

I CONGRESSO NACIONAL DE CONEXÕES CIENTÍFICAS EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE HOSPITAL E DOMICÍLIO E A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DE FALHAS ASSISTENCIAIS

Marileide Facco Marinato[1]; Mariana Nascimento Costa[2]; Janaina Ramos[3]; Rosana Mattos do Carmo[4]; Maria Cristina Silva de Souza Mattos[5]; Maria Aparecida Ferreira Cardoso de Jesus[6]; Priscila Katzer Thire[7]; Kelly Cristina dos Santos Pires[8]; Damiana Maria Minhaqui da Conceição[9]; Miriam Delmondes Batista[10].

[1] Especialista em Nefrologia pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: marileide_facco@hotmail.com
[2] Especialista em Gestão e supervisão em sistemas empresariais e educacionais com docência em ensino superior pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA-CE. E-mail: mariananascimentopsicologa@gmail.com
[3] Especialista em Gestão estratégica em saúde pelo Centro Universitário Internacional Signorelli (Unisignorelli). E-mail: janaguga62@bol.com.br
[4] Especialista em oncologia, nutrição clínica e ambulatorial e MBA em gestão na Faculdade Unyleya. E-mail: rmcnutri@hotmail.com
[5] Especialista em Pilates saúde e bem-estar pela Universidade Gama Filho. E-mail: maria.mattos@unirio.br
[6] Graduada em Fisioterapia pela Universidade Unigranrio. E-mail: gabiairam51@gmail.com
[7] Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Unigranrio. E-mail: pri2508@yahoo.com.br
[8] Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Piauí- UFPI. E-mail: kellypiressa@gmail.com
[9] Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. E-mail: damianaminhaqui@hotmail.com
[10] Mestre em Ciência da Educação pela Francis Xavier University. E-mail: miriamdelmondes@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a transição do cuidado entre hospital e domicílio e a participação da equipe multiprofissional na prevenção de falhas assistenciais. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada na BVS, incluindo LILACS e MEDLINE, SciELO e PubMed. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH "Cuidado Transicional", "Transição do Hospital para o Domicílio", "Alta do Paciente", "Continuidade da Assistência ao Paciente" e "Equipe de Assistência ao Paciente", combinados pelos operadores *AND* e *OR*. Foram incluídos artigos completos publicados entre 2020 e 2026, em português, inglês ou espanhol. Quatro estudos compuseram a seleção final. **RESULTADOS:** Identificaram-se fragilidades no planejamento da alta, na comunicação entre níveis de atenção, no acompanhamento pós-alta, na compreensão das orientações e na organização do plano de cuidados. A atuação multiprofissional favoreceu o preparo do paciente e da família, a reconciliação medicamentosa e a continuidade terapêutica, enquanto falhas nesses componentes estiveram relacionadas a maior vulnerabilidade assistencial e complicações medicamentosas. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a prevenção de falhas na transição hospital-domicílio depende de alta estruturada, comunicação interprofissional, definição de responsabilidades e articulação com os serviços territoriais. O estudo contribui ao delimitar elementos prioritários para qualificar fluxos de transição e fortalecer a segurança após a alta.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Cuidado Transicional, Continuidade da Assistência ao Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Transição do Hospital para o Domicílio.

I CONGRESSO NACIONAL DE
CONEXÕES CIENTÍFICAS
EM SAÚDE MULTIDISCIPLINAR
CONEXAÚDE

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the transition of care between hospital and home and the role of the multiprofessional team in preventing care-related failures. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative, descriptive approach was conducted using the Virtual Health Library (VHL)—including LILACS, MEDLINE, SciELO, and PubMed. The DeCS/MeSH descriptors "Transitional Care," "Hospital-to-Home Transition," "Patient Discharge," "Continuity of Patient Care," and "Patient Care Team" were used, combined with the operators AND and OR. Full-text articles published between 2020 and 2026 in Portuguese, English, or Spanish were included. Four studies comprised the final selection. **RESULTS:** Weaknesses were identified in discharge planning, communication between levels of care, post-discharge follow-up, understanding of instructions, and organization of the care plan. Multiprofessional involvement facilitated patient and family preparation, medication reconciliation, and therapeutic continuity, whereas failures in these areas were associated with increased vulnerability in care and medication-related complications. **CONCLUSION:** Preventing failures in the hospital-to-home transition depends on structured discharge, interprofessional communication, clearly defined responsibilities, and coordination with local community services. This study contributes by identifying priority elements to improve transition processes and strengthen safety after discharge.

Keywords: Patient Discharge; Transitional Care, Continuity of Patient Care; Patient Care Team; Hospital-to-Home Transition.

1 INTRODUÇÃO

A transição do cuidado entre o hospital e o domicílio compreende a transferência de responsabilidades assistenciais, informações clínicas e condutas necessárias à manutenção do tratamento após a alta, constituindo um período que exige articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção. No Brasil, pesquisas reunidas na literatura registraram taxas de reinternação em até 30 dias de 12,4% e 14,2%, aspecto que reforça a importância de organizar a continuidade assistencial desde o período de hospitalização até o acompanhamento pós-alta (Gheno; Weis, 2021).

A continuidade do cuidado no domicílio depende da transmissão adequada das orientações relacionadas ao tratamento, ao uso de medicamentos, aos sinais de alerta e às necessidades de acompanhamento, envolvendo profissionais, pacientes e familiares. A alta hospitalar demanda planejamento compatível com as condições clínicas e sociais do indivíduo, além de comunicação entre os serviços responsáveis pela assistência, uma vez

que informações insuficientes ou divergentes podem dificultar o gerenciamento do cuidado e comprometer a segurança após o retorno para casa (Ferreira; Martins; Andrade, 2022).

A participação da equipe multiprofissional assume relevância nesse processo pela necessidade de integrar conhecimentos e responsabilidades durante o planejamento da alta e a preparação para o cuidado domiciliar (Ferreira *et al*., 2026). A atuação articulada entre diferentes categorias profissionais possibilita considerar necessidades clínicas, funcionais e familiares, bem como estruturar orientações e um plano de cuidados compatível com as condições do paciente, favorecendo a articulação entre o ambiente hospitalar, a família e os serviços responsáveis pelo acompanhamento posterior (Santos *et al*., 2023).

A investigação dessa temática justifica-se pela necessidade de compreender as fragilidades presentes na transição hospital-domicílio e a participação multiprofissional na continuidade assistencial. O problema de pesquisa concentra-se nas falhas que podem ocorrer durante essa transferência do cuidado e em sua prevenção. Diante disso, objetiva-se analisar a transição do cuidado entre hospital e domicílio e a participação da equipe multiprofissional na prevenção de falhas assistenciais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida para analisar a transição do cuidado entre hospital e domicílio e a participação da equipe multiprofissional na prevenção de falhas assistenciais. A busca ocorreu em nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando LILACS e MEDLINE, além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da PubMed.

Foram utilizados descritores controlados do DeCS/MeSH: Cuidado Transicional (*Transitional Care*), Transição do Hospital para o Domicílio (*Hospital to Home Transition*), Alta do Paciente (*Patient Discharge*), Continuidade da Assistência ao Paciente (*Continuity of Patient Care*) e Equipe de Assistência ao Paciente (*Patient Care Team*). Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a temática investigada.

Foram incluídos artigos completos publicados entre 2020 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, relacionados à transição hospital-domicílio, planejamento da alta, continuidade do cuidado e atuação multiprofissional. Foram excluídos estudos duplicados, editoriais, cartas, resumos de eventos, publicações sem texto completo e trabalhos sem relação direta com o objetivo proposto. Após a aplicação dos critérios, quatro estudos compuseram a seleção final e um foi excluído.

A análise ocorreu por meio da leitura integral e interpretativa das publicações, considerando planejamento da alta, preparo para o autocuidado, comunicação entre serviços, acompanhamento pós-alta, organização do plano de cuidados e segurança assistencial. As informações foram comparadas quanto às convergências e divergências entre os estudos. Por utilizar apenas publicações disponíveis em bases científicas, 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 a delimitação das bases e do período de busca.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção final reuniu quatro estudos, com uma exclusão após a aplicação dos critérios estabelecidos. Os resultados mostraram diferenças na qualidade da transição entre hospital e domicílio, especialmente quanto ao planejamento da alta, preparo para o autocuidado e continuidade assistencial. Também foram identificadas fragilidades na comunicação entre os níveis de atenção, no acompanhamento após a alta e na organização do plano de cuidados. A participação multiprofissional esteve relacionada à preparação do paciente e da família para a continuidade do tratamento no domicílio.

A diferença entre Boeng *et al*. (2024) e Gama *et al*. (2025) demonstra que a preparação para o domicílio não se limita às orientações fornecidas durante a internação. Boeng *et al*. registraram melhor desempenho no autogerenciamento, porém menor pontuação no plano de cuidados, enquanto Gama *et al*. encontraram CTM-15 de 59,23 e ausência de visita domiciliar da atenção básica para 80,8% dos participantes. A

desarticulação entre hospital e rede territorial, portanto, compromete o seguimento após a alta.

Barbosa *et al*. (2023) descrevem uma atuação multiprofissional que incluía avaliação da dependência, uso de medicamentos, necessidade de oxigênio, apoio familiar e recursos disponíveis no município de destino. Em contraste, Gama *et al*. (2025) identificaram dificuldades após o retorno para casa relacionadas à baixa renda, insuficiência de acompanhamento e incompreensão das orientações recebidas. Essa comparação demonstra que o planejamento hospitalar necessita de articulação efetiva com os serviços responsáveis pela continuidade do cuidado no território.

Marsall *et al*. (2024) verificaram que maior qualidade da transição esteve associada a menor ocorrência de complicações medicamentosas e melhor condição de saúde no domicílio, embora não apresentasse associação significativa direta com menor readmissão. As complicações relacionadas aos medicamentos, por sua vez, associaram-se às reinternações, reforçando a relevância da reconciliação medicamentosa e da comunicação profissional. Os resultados sustentam uma alta estruturada por ações articuladas, e não por intervenções isoladas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição do cuidado entre hospital e domicílio mostrou-se vulnerável quando o planejamento da alta ocorre sem integração com o acompanhamento posterior. Fragilidades na comunicação entre os níveis de atenção, ausência de seguimento domiciliar, orientações pouco compreendidas e dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos comprometem a continuidade assistencial. Dessa forma, a segurança após a alta depende de ações iniciadas ainda durante a internação e mantidas no território.

A atuação multiprofissional assume papel central nesse processo ao reunir informações clínicas, funcionais, medicamentosas, familiares e sociais necessárias à organização do cuidado domiciliar. A definição de responsabilidades, o preparo do paciente e da família, a reconciliação medicamentosa e a construção de um plano de cuidados compatível com as necessidades individuais favorecem maior continuidade do tratamento.

Entretanto, essas medidas necessitam de articulação efetiva com os serviços que receberão o paciente após a alta.

A contribuição deste trabalho está na delimitação de elementos diretamente envolvidos nas falhas assistenciais durante a passagem do hospital para o domicílio, especialmente comunicação interprofissional, planejamento da alta, compreensão das orientações, acompanhamento territorial e segurança medicamentosa. Para a assistência e a gestão, esses aspectos podem subsidiar a elaboração de fluxos de transição mais definidos, com compartilhamento de informações e responsabilidades entre hospital, atenção primária, paciente e família.

Entre as limitações encontram-se o caráter narrativo da revisão, o número restrito de publicações incluídas, a delimitação temporal e das bases consultadas e a ausência de avaliação sistemática da qualidade metodológica dos trabalhos selecionados. Recomenda-se o desenvolvimento de investigações longitudinais e multicêntricas que acompanhem o período pós-alta e avaliem protocolos multiprofissionais de transição, considerando reinternações, complicações medicamentosas, compreensão das orientações, continuidade terapêutica e acompanhamento domiciliar.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Sara Maria *et al.* Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 6, e20220772, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38055480/.

BOENG, Ana Cecilia *et al.* Quality of care transition for COVID-19 patients in a university hospital in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, supl. 1, e20230402, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0402. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38958356/.

FERREIRA, Bruna Carolina Neves *et al.* Atenção domiciliar no SUS e atuação da equipe multiprofissional: impactos na redução de internações evitáveis, continuidade do cuidado e desfechos clínicos na atenção primária. **Veredas do Direito**, v. 23, 2026. DOI: https://doi.org/10.18623/rvd.v23.5398. Disponível em: https://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/5398.

FERREIRA, Valéria de Freitas; MARTINS, Wesley; ANDRADE, Josiane. Communication and guidance in the transition of home care in post-discharge patients. **Research, Society and**

Development, v. 11, n. 8, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31341. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31341.

GAMA, Liasse Monique de Pinho *et al.* Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 1, e20230357, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40105528/.

GHENO, Jociele; WEIS, Alísia Helena. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?lang=pt.

MARSALL, Matthias *et al.* Quality of care transition, patient safety incidents, and patients' health status: a structural equation model on the complexity of the discharge process. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 576, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11047-3. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11047-3.

SANTOS, Mônica da Silva *et al.* Desafios da equipe interprofissional na transição do cuidado hospitalar para o domicílio de pacientes oncológicos. **Nursing**, v. 26, n. 306, p. 10045-10051, 2023. DOI: https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i306p10045-10051. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3154.