

Estudos em educação e saúde

vol. 05

Organizadores

Rene Ferreira da Silva Junior

Diego Barbosa Rocha

Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira Torres

Silvério de Almeida Souza Torres

Leandro de Jesus Santos Bandeira

Natália Gonçalves Ribeiro

Ângela Wanessa Freire Oliveira

Ângela Neves Costa

Sarah Gabrielle Rodrigues Peixoto

Laércio Ferreira Silva

Letícia Lima Silva de Abreu

Amanda Souto Machado

Kênya Costa Rodrigues da Silva

Priscilla Miranda dos Santos



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Estudos em educação e saúde

vol. 05

Organizadores

Rene Ferreira da Silva Junior

Diego Barbosa Rocha

Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira Torres

Silvério de Almeida Souza Torres

Leandro de Jesus Santos Bandeira

Natália Gonçalves Ribeiro

Ângela Wanessa Freire Oliveira

Ângela Neves Costa

Sarah Gabrielle Rodrigues Peixoto

Laércio Ferreira Silva

Letícia Lima Silva de Abreu

Amanda Souto Machado

Kênya Costa Rodrigues da Silva

Priscilla Miranda dos Santos



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Conselho Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração, capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

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

Estudos em educação e saúde [livro eletrônico] :
vol. 05. -- João Pessoa, PB : Periodicojs, 2026.
PDF

Vários autores.
Vários organizadores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-6010-240-8

1. Atenção Primária à Saúde 2. Educação em saúde
3. Humanização dos serviços de saúde 4. Medicamentos
- Gerenciamento 5. Medicina e saúde 6. Saúde mental
7. Segurança do paciente.

26-391983.0

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação em saúde 610.7

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB -
SP-010133/O



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturias e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos da área mencionada. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo,

pesquisa e ensino na área da ciências da saúde. Esse novo volume busca apresentar um conjunto de artigos interdisciplinares que visam a rediscutir as práticas de ensino e estudo em saúde.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs

Sumário

ANÁLISE DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE
MENTAL: EXPERIÊNCIAS E LIMITAÇÕES

8

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES COM
NEOPLASIA DA CAVIDADE ORAL

33

ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES
DE MEDICINA: FATORES ASSOCIADOS

54

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

82

FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO
MEDICAMENTOSA ENTRE USUÁRIOS ATENDIDOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

109

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS

135

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

162

Capítulo 1

ANÁLISE DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS E LIMITAÇÕES



ANÁLISE DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS E LIMITAÇÕES

ANALYSIS OF MENTAL HEALTH MATRICING: EXPERIENCES AND LIMITATIONS

ANÁLISIS DEL MATRICIAJE EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS Y LIMITACIONES

Karla Beatriz Ferreira Santos Oliveira¹, Rene Ferreira da Silva Junior², Diego Barbosa Rocha², Itala Apoliana Guimarães Amorim², Felipe Mesquita Antunes³, Sabrina Araújo Melo Brito², Deiviane Pereira da Silva², Adriana Rocha Amaral⁴, Sarah Gabrielle Rodrigues Peixoto²

Resumo: O presente estudo buscou analisar as experiências e limitações do matriciamento em saúde mental. Realizou-

se uma revisão integrativa de literatura com buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, na LILACS, na SciELO e na MEDLINE, a partir dos descritores matriciamento; saúde mental e atenção primária à saúde. Em razão do apoio matricial ser uma estratégia nova em saúde mental organizada entre diferentes atores pressupõe-se que há maneiras peculiares de sua construção em decorrência dos meios que estão disponíveis em cada região. O que não elimina a possibilidade de ocorrência de obstáculos no processo construtivo e organizativo pelas equipes de saúde. Esta estratégia permanece como a principal ferramenta para a desinstitucionalização e para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. As experiências exitosas demonstram que, quando o apoio matricial é efetivado, há um aumento na resolutividade da atenção primária, a redução de encaminhamentos desnecessários e a construção de um cuidado compartilhado que humaniza a assistência ao usuário. Contudo, as limitações identificadas revelam um distanciamento entre a proposta teórica e a prática cotidiana.

Descritores: matriciamento; saúde mental; atenção primária à saúde.

Abstract: The present study aimed to analyze the experiences and limitations of matrix support in mental health. An integrative literature review was conducted, analyzing articles retrieved from the secondary databases Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and Online System for Search and Analysis of Medical Literature using the descriptors matrix support; mental health; and primary health care. Since matrix support is a new strategy in mental health organized among different actors, it is assumed that there are peculiar ways of constructing it depending on the resources available in each region. This does not eliminate the possibility of obstacles occurring in the constructive and organizational process by health teams. This strategy remains the main tool for deinstitutionalization and for strengthening the Psychosocial Care Network. Successful experiences show

that when matrix support is implemented, there is an increase in the problem-solving capacity of primary care, a reduction in unnecessary referrals, and the creation of shared care that humanizes user assistance. However, the identified limitations reveal a gap between the theoretical proposal and everyday practice.

Keywords: matrix support; mental health; primary health care.

Resumen: El presente estudio buscó analizar las experiencias y limitaciones de la matricialidad en salud mental. Se realizó una revisión integrativa de la literatura, se analizaron artículos recuperados a través de las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores matricialidad; salud mental y atención primaria de salud. Debido a que el apoyo matricial es una

estrategia nueva en salud mental organizada entre diferentes actores, se presupone que existen maneras peculiares de su construcción dependiendo de los recursos disponibles en cada región. Esto no elimina la posibilidad de que ocurran obstáculos en el proceso de construcción y organización por parte de los equipos de salud. Esta estrategia sigue siendo la principal herramienta para la desinstitucionalización y para el fortalecimiento de la Red de Atención Psicosocial. Las experiencias exitosas demuestran que, cuando el apoyo matricial se lleva a cabo, hay un aumento en la capacidad de resolución de la atención primaria, la reducción de derivaciones innecesarias y la construcción de un cuidado compartido que humaniza la atención al usuario. No obstante, las limitaciones identificadas revelan un distanciamiento entre la propuesta teórica y la práctica cotidiana.

Palabras-clave: matriciamento; salud mental; atención primaria de salud.

¹Centro Universitário Afya. ²Universidade Estadual de

Montes Claros. ³Centro Universitário do Norte de Minas.

⁴Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna.

INTRODUÇÃO

A comunicação entre os níveis da rede de atenção à saúde ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contra referência que não oferecem uma boa resolubilidade. Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar (Fortes et al., 2014).

A proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, baseada em encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis

assistenciais. Em contraponto a essa lógica reducionista, foi elaborada a proposta do matriciamento, assim, na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: a) Equipe de referência; b) Equipe de apoio matricial. Esse apoio matricial, formulado na gestão da clínica, tem estruturado no país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Campos, 1999).

O matriciamento, ou apoio matricial, consiste em um modo de organizar o cuidado em saúde no qual duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Fortes et al., 2014). O matriciamento deve proporcionar retaguarda especializada da assistência, suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de matriciamento, integrando, assim saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos na construção de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente

do projeto terapêutico. O Matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes e comunidades (Lavras, 2011).

A inserção de práticas de saúde mental na atenção primária à saúde evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios. A Organização Mundial da Saúde, por meio da Declaração de Caracas, postula a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da APS como promotora de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos (Gazignato; Silva, 2014; Iglesias; Avellar, 2014).

O Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família. Segundo a coordenação de

saúde mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o AM se constitui em um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2008).

Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2008; Athié; Fortes; Delgado). Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar as experiências e limitações do matriciamento em saúde mental.

MÉTODOS

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de

uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir e sintetizar evidências provenientes de estudos com diferentes delineamentos, favorecendo a articulação entre conhecimentos teóricos e empíricos. Essa modalidade de revisão contribui para a identificação de conceitos, lacunas do conhecimento, aspectos metodológicos e evidências disponíveis acerca de uma temática específica, proporcionando uma compreensão ampla do objeto investigado (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

Para a condução da revisão, foram seguidas seis etapas sequenciais e complementares: definição da questão norteadora, busca sistemática da literatura, extração dos dados, avaliação crítica dos estudos selecionados, síntese e discussão dos achados e apresentação da revisão integrativa. A questão que orientou a investigação foi: Quais são as experiências e as limitações do matriciamento em saúde mental? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A identificação dos estudos ocorreu por meio de buscas eletrônicas realizadas nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a base Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos disponibilizados na íntegra em meio eletrônico, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol e que abordassem a temática do estudo no título, no resumo ou nos descritores. Foram excluídos cartas ao editor, editoriais, publicações duplicadas e estudos que não tratassem de forma clara e direta do objeto de investigação.

A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de maio e julho de 2026. Para a estratégia de pesquisa, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis no portal da BVS, sendo selecionados os descritores matriciamento, saúde mental e atenção primária à saúde. A combinação entre os termos foi realizada por meio do operador booleano AND, permitindo maior especificidade e refinamento na recuperação dos estudos.

A extração das informações foi realizada com auxílio do instrumento validado por Ursi (2005) para

revisões integrativas, contemplando as seguintes variáveis: código de identificação do estudo, título da publicação, autoria e formação dos autores, periódico de publicação, ano de publicação, delineamento metodológico, região onde a pesquisa foi desenvolvida e base de dados de indexação. Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações de interesse para análise. Os dados foram organizados em uma planilha elaborada no Microsoft Office Excel 2010, contendo as variáveis: título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo e principais resultados. Posteriormente, os achados foram sistematizados em quadros e agrupados por categorias temáticas, sendo interpretados à luz da literatura pertinente ao tema.

RESULTADOS

Foram incluídos 14 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos, no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Principais Resultados / Limitações
Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica	Avaliar o apoio matricial em unidades básicas de saúde e identificar seus alcances e limites.	Limitação: Dificuldade na gestão dos dispositivos e falta de capacitação constante. Alcance: Maior aceitação da saúde mental na rede básica.
Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados	Estabelecer um panorama da produção científica brasileira sobre a articulação entre atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial.	Identificou obstáculos velados, como a resistência de profissionais em compartilhar o cuidado e a burocratização do processo de referência.
Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural	Relatar o desenvolvimento de ações compartilhadas entre a Estratégia Saúde da Família em área rural e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Experiência: O território rural exige estratégias singulares de vínculo. Limitação: Escassez de recursos de transporte e barreiras geográficas para o apoio.
Desafios e potencialidades na implantação de uma experiência de matriciamento em saúde mental na atenção primária	Analisar os desafios práticos de implantar o matriciamento sob a ótica de médicos de família e psiquiatras.	Desafio: Estigma(nomear o dia do matriciamento como “dia da saúde mental”) e a falta de contato da residência médica com a atenção primária.
Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território	Investigar como os profissionais da ponta percebem a eficácia do apoio especializado.	Percebeu-se que o matriciamento muitas vezes é confundido com “interconsulta”, perdendo o caráter pedagógico-terapêutico.
Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil	Analisar os fatores que impedem a consolidação do apoio matricial como política estruturante.	Limitação: Precarização dos vínculos trabalhistas e rotatividade excessiva de profissionais, que impede a criação de vínculos entre as equipes.
Matriciamento em saúde mental: práticas e desafios para profissionais de saúde	Discutir as práticas e dificuldades enfrentadas por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária.	Resultado: Falta de tempo comum para reuniões de equipe e excesso de demanda burocrática em detrimento do cuidado clínico compartilhado.
Alcances terapêuticos e matriciais: uma experiência de grupo de saúde mental na atenção básica	Relatar a experiência de um grupo terapêutico como dispositivo de matriciamento.	Resultado: Grupos diminuem a lógica ambulatorial e isolada, mas sofrem com a falta de infraestrutura física adequada nas unidades básicas.

Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolução	Analisar como o matriciamento contribui para a resolução de casos complexos na comunidade.	O estudo aponta que o matriciamento amplia o olhar clínico, mas esbarrara na falta de retaguarda de outros pontos da rede (como leitos hospitalares).
O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional	Investigar a interdisciplinaridade no manejo do sofrimento mental via matriciamento.	Experiência: Fortalecimento do trabalho em equipe. Limitação: Insegurança técnica dos generalistas em lidar com crises psiquiátricas graves.
Desafios do apoio matricial como prática educativa: saúde mental na atenção primária à saúde	Focar na dimensão educativa do matriciamento e nos elementos que o tornam viável.	Resultado: A educação permanente é o ponto mais frágil; o apoio acaba se tornando apenas um “balcão de encaminhamentos” se não houver troca.
Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde	Compreender o papel dos agentes comunitários no fluxo de matriciamento.	Limitação: Os agentes se sentem sobrecarregados e pouco preparados para identificar demandas de saúde mental sem suporte direto imediato.
Matriciamento no cuidado holístico: a produção do psicólogo na atenção básica	Analisar como a presença do psicólogo no matriciamento altera as práticas de cuidado.	Resultado: Aumento da resolução de casos de sofrimento leve, mas dificuldade em integrar o saber psicológico com o modelo médico tradicional.
Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde	Avaliar a implementação do apoio matricial em nível regional.	Limitação: Diferenças gritantes de estrutura entre municípios pequenos e grandes, dificultando uma padronização do cuidado em rede.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisadas as experiências e limitações relacionadas ao matriciamento em saúde mental, nesse sentido, em razão do apoio matricial ser uma estratégia nova em saúde mental organizada entre diferentes atores pressupõe-se que há maneiras peculiares de sua construção em decorrência dos meios que estão disponíveis em cada região. O que não elimina a possibilidade de ocorrência de obstáculos no processo construtivo e organizativo pelas equipes de saúde. Portanto, o apoio matricial necessita ser avaliado com periodicidade para evitar que as barreiras enfraqueçam a forma de operá-lo (Fortes et al., 2014).

Os estudos analisados evidenciam que o matriciamento em saúde mental vai além de uma estratégia organizacional, mas como um novo paradigma de cuidado que rompe com a lógica tradicional de “encaminhamento”. A análise das experiências e limitações relatadas nos estudos revela um cenário de transição, em que o potencial de cuidado compartilhado enfrenta barreiras estruturais e

culturais consolidadas. O apoio matricial inverte a lógica do encaminhamento, que fragmenta o cuidado, para a lógica do compartilhamento, que integra saberes. No matriciamento, o especialista não retira o paciente da Atenção Básica; ele amplia a capacidade clínica da equipe de referência para cuidar desse paciente no território (Dimenstein et al., 2009).

Um dos achados mais recorrentes nos estudos é a confusão conceitual entre matriciamento e interconsulta. Frequentemente, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) compreendem o profissional de saúde mental como um especialista responsável por atendimentos pontual, realizando atendimentos isolados e devolvendo o paciente com uma prescrição. Uma das principais limitações reside na persistência do modelo biomédico, em que o matriciamento é reduzido à interconsulta ou ao exame do especialista. Quando isso ocorre, perde-se a dimensão pedagógica e a equipe de referência continua sentindo-se impotente frente ao sofrimento mental. Sua maior limitação não é a falta de protocolos, mas a dificuldade das instituições em lidar com o compartilhamento do poder e da decisão clínica, que

historicamente sempre foi fragmentada e isolada (Bezerra; Dimenstein, 2008).

Os estudos analisados evidenciaram que a dimensão pedagógico-terapêutica constitui uma das principais potências do matriciamento; quando as equipes conseguem realizar estudos de caso conjuntos e consultas compartilhadas, ocorre um aumento na resolubilidade da APS para casos de sofrimento mental leve e moderado, reduzindo a sobrecarga dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).¹³

As limitações de natureza organizacional e estrutural configuram-se como os principais entraves para a sustentabilidade do matriciamento. Os estudos revisados destacam a incompatibilidade de agendas; a falta de horários comuns protegidos para reuniões de equipe impede que o matriciamento seja sistemático; a alta rotatividade de profissionais, a precarização dos vínculos trabalhistas rompe a continuidade do apoio, exigindo que o processo de pactuação e criação de vínculo seja reiniciado constantemente e a sobrecarga da APS, pois o excesso de

demanda por procedimentos produtivistas na atenção básica limita a disponibilidade dos profissionais para o exercício do matriciamento, que exige tempo de reflexão e discussão (Chiaverini, 2011).

Os estudos analisados evidenciaram que os profissionais da APS relatam insegurança no manejo de crises psiquiátricas e na gestão de psicofármacos, essa lacuna na formação gera uma tendência à medicalização do sofrimento social, em que problemas de ordem econômica ou familiar são rapidamente transformados em diagnósticos psiquiátricos. O matriciamento atua como uma barreira protetiva contra esse processo (prevenção quaternária), ao oferecer suporte para que a equipe da família compreenda o contexto subjetivo do usuário, evitando intervenções iatrogênicas e encaminhamentos desnecessários para a rede especializada (Silva; Dubeux, 2025).

As experiências exitosas identificadas nos estudos convergem para a importância da construção de vínculos de confiança entre a equipe de referência e a equipe de apoio. O matriciamento só se torna efetivo quando há

corresponsabilização, ou seja, quando ambas as equipes se sentem donas do caso. A limitação ocorre quando o matriciador é visto como um “supervisor externo” ou fiscalizador, o que gera resistência e silenciamento das dificuldades da equipe local. Salienta-se que a eficácia do matriciamento em saúde mental depende da construção de uma ética da corresponsabilização. Sem que as duas equipes se sintam igualmente responsáveis pelo destino clínico e social do usuário, o apoio torna-se apenas uma burocracia de repasse de casos (Hirdes, 2015).

A ausência de espaços institucionais destinados ao encontro entre as equipes constitui uma das principais barreiras técnicas, pois, o matriciamento exige o ‘tempo do diálogo’, que frequentemente é atropelado pelo ‘tempo da produtividade’ imposto pelas metas de atendimento (Gonçalves; Peres, 2018). Para que o matriciamento deixe de ocorrer de forma pontual e seja consolidado como prática institucionalizada, os estudos sugerem que a gestão deve institucionalizar o espaço de matriciamento como parte da carga horária oficial, investir em educação permanente

em saúde, capacitando as equipes para o manejo da saúde mental no território e fortalecer a rede de retaguarda, para que a APS sinta-se segura ao manter casos complexos sob sua supervisão (Amarante; Nunes, 2018).

CONCLUSÃO

A análise das experiências e limitações do matriciamento em saúde mental evidenciou que essa estratégia permanece como a principal ferramenta para a desinstitucionalização e para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. As experiências exitosas demonstram que, quando o apoio matricial é efetivado, há um aumento na resolutividade da atenção primária, a redução de encaminhamentos desnecessários e a construção de um cuidado compartilhado que humaniza a assistência ao usuário.

Contudo, as limitações identificadas revelam a persistência de desafios para a consolidação do apoio matricial; conclui-se que o matriciamento enfrenta entraves

estruturais e ideológicos, tais como a precarização do trabalho; foco no modelo biomédico e falhas na formação dos profissionais. Assim, o matriciamento em saúde mental não deve ser compreendido apenas como um dispositivo administrativo, mas como uma mudança de paradigma no cuidar. Para sua consolidação, é imperativo que haja investimentos em políticas públicas que garantam a fixação dos profissionais, a regularidade dos espaços de pactuação e a superação da fragmentação do cuidado, assegurando, assim, a integralidade da atenção em saúde mental no território.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no Brasil: histórico, atualidade e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2013-2022, 2018.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina*

de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 38-42.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CHIAVERINI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais da atenção básica e da saúde mental. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 65-74, 2009.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica como processo de reconstrução do cuidado: o papel do matriciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 153-162, 2009.

FORTES, L. S.; AMARAL, A. C. S.; CONTI, M. A.; FERREIRA, M. E. C. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino? *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 32-36, 2014.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, 2014.

GONÇALVES, R. C.; PERES, R. S. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2018.

HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 563-571, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

SILVA, D. C. M.; DUBEUX, L. S. Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9800, 2025.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Capítulo 2

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA DA CAVIDADE ORAL



ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA DA CAVIDADE ORAL

ANALYSIS OF THE PROFILE OF PATIENTS WITH ORAL CAVITY NEOPLASIA

Ângela Neves Costa¹, Amanda Souto Machado¹, Ângela
Wanessa Freire Oliveira¹, Elaine Cristina Santos Alves¹,
Sâmmyla Myllene Durães Leite², Mateus da Silva Sousa³,
Robson de Souza França Ramos⁴, Priscilla Miranda dos
Santos⁵

¹Universidade Estadual de Montes Claros. ²Faculdade de
Saúde e Humanidades Ibituruna. ³Centro Universitário
Afyá. ⁴Centro Universitário do Norte de Minas Gerais.

⁵Faculdade Santo Agostinho.

Resumo: Objetivo: descrever o perfil de pacientes com
neoplasia da cavidade oral no período de 2015 a 2025 em
Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Métodos: trata-se

de um estudo descritivo de abordagem quantitativa por meio dos dados de pacientes residentes em Montes Claros, Minas Gerais com diagnóstico de neoplasia de cavidade bucal nos registros hospitalares do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Resultados e discussão: na série histórica analisada foram identificados 312 casos de neoplasia da cavidade oral entre pacientes residentes na região analisada. Conclusão: os pacientes que foram diagnosticados com o câncer da cavidade oral eram em sua maioria homens com idade entre 50 a 69 anos, a associação entre o uso concomitante de tabaco e bebidas alcoólicas esteve presente na grande maioria dos casos. São necessários esforços dos profissionais de saúde e gestores para o diagnóstico precoce por meio de ações educativas e de prevenção primária.

Palavras-chave: Câncer. Neoplasias Bucais. Prevenção.

Abstract: Objective: To describe the profile of patients with oral cavity cancer from 2015 to 2025 in Montes Claros,

Minas Gerais State, Brazil. Methods: this is a descriptive study with a quantitative approach using data from patients living in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, diagnosed with oral cavity neoplasia in the hospital records of the José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute (INCA). Results and discussion: In the historical series analyzed, 312 cases of oral cavity neoplasia were identified among patients living in the analyzed region. Conclusion: the patients who were diagnosed with oral cavity cancer were mostly men aged between 50 and 69 years, and the association between the concomitant use of tobacco and alcoholic beverages was present in the vast majority of cases. Efforts are needed by health professionals and managers for early diagnosis through educational and primary prevention actions.

Keywords: Cancer. Oral neoplasms. Prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer de cavidade oral é considerado um

importante problema de saúde pública, com mais de 24 milhões de casos novos estimados para a doença no mundo em 2030 (Global Cancer Observatory, 2022). No ranking mundial, o Brasil apresenta a oitava maior incidência dessa neoplasia, sendo esperados, para cada ano do triênio 2020-2022, 15.210 mil novos casos da doença, representando um risco estimado de 10,70 e 3,71 casos novos a cada 100 mil habitantes, respectivamente, para homens e mulheres brasileiros (INCA, 2019).

A doença, embora mais frequente em indivíduos a partir da quarta década de vida, apresenta uma tendência ao aumento de sua incidência em adultos jovens (Hussein et al., 2017). O tipo histológico mais comum – carcinoma de células escamosas (CCE) – é de etiologia multifatorial, estando frequentemente relacionado, em diferentes graus, ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, exposição a agentes biológicos, sobretudo o papilomavírus humano (HPV), associado ou não à suscetibilidade genética, nos casos de câncer de cavidade oral em adultos jovens (Vargas et al., 2017; Andrade; Santos; Oliveira, 2015).

A partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante o conhecimento de sua magnitude no Brasil, no tocante à distribuição geográfica com estratificações por idade e gênero, como base de apoio ao seu controle. A divulgação de dados estatísticos é necessária tanto para o conhecimento do quadro nacional como para estimular os profissionais da área da saúde a atuarem na prevenção e diagnóstico do câncer bucal⁶⁻¹⁰. (Tavares et al., 2016; Gupta et al., 2017; Zhang et al., 2018; Petersen, 2009; Azevedo et al., 2016).

Levando-se em conta o crescimento e o envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos serviços de saúde, é evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde e medidas diagnósticas, especialmente aquelas de diagnóstico precoce e terapêuticas (D’Cruz; Vaish; Dhar, 2018; Pearce et al., 2018) Dessa forma, o presente estudo buscou descrever o perfil de pacientes com neoplasia da

cavidade oral no período de 2015 a 2025 em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Foram analisados os dados clínicos de pacientes com diagnóstico de câncer da cavidade bucal na base de dados de registros hospitalares do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) reúnem informações dos pacientes atendidos no hospital onde receberam diagnóstico e/ou tratamento para o câncer; servem como subsídio para reflexão sobre o desempenho da equipe clínica; auxiliam no planejamento administrativo; além de servir como espelho do estado do paciente, das medidas tomadas e da sua sobrevida. Com amparo legal, a implantação e a manutenção de um RHC são utilizadas como critério para o credenciamento de um hospital na Rede de Atenção Oncológica do Brasil, de modo que todos os

Estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia (INCA, 2012).

O estudo foi realizado durante os meses de janeiro e fevereiro de 2026. Ressalta-se que avaliou-se os dados referentes aos anos de 2015 a 2025 por serem os mais atuais disponíveis na base de dados secundários do INCA.

Os critérios de elegibilidade foram dados disponíveis na base de dados, sendo excluídos os registros incompletos. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores com as seguintes variáveis: ano, uso de tabaco ou derivados, histórico familiar, etilismo, sexo, idade, cor, tipo histológico, estadiamento TNM e localização primária.

Sendo os dados analisados disponíveis em base de dados público, não foi necessária a solicitação de autorização por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013).

RESULTADOS

Na análise dos anos de 2015 a 2025, foram registrados 312 diagnósticos de câncer da cavidade oral no município investigado. 17,2% dos indivíduos eram do sexo feminino, enquanto, 82,8% eram homens, a idade predominante compreendeu o intervalo de 50 a 69 anos (55,6%), o histórico familiar para câncer foi negativo em 37,7% dos casos. 48,4% dos pacientes faziam uso de tabaco e derivados, o uso combinado de tabaco e bebidas alcoólicas esteve presente em 83,4 dos registros. Em relação as variáveis clínico-patológicas, uma taxa significativa correspondeu ao carcinoma espinocelular (97,4%), sendo o estadiamento TNM classificado em 4 A (46,4%) mais frequentemente e com localização primária na língua ou base da língua (51,7%) (tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com neoplasia da cavidade oral, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

(n=312).

Variável	N	% total
Gênero		
Masculino	258	82,8
Feminino	54	17,2
Faixa etária		
30-59	139	44,9
50-69	173	55,6
Histórico de tabagismo		
Ex-consumidor	56	64,3
Nunca	26	29,8
Atual	5	48,4
História familiar de câncer		
Não	117	37,7
Sim	195	79,3
Uso combinado de tabaco e álcool		
Sim	260	83,4
Não	52	16,6
Localização primária detalhada		
Base da língua	161	51,7
Outras	151	48,3
Tipo histológico		
Carcinoma espinocelular	303	97,4
Outros	9	2,6
Estadiamento TNM		
A4	144	46,4
Outros	168	53,6

Legenda: Cir: cirurgia, Qt: quimioterapia, Rxt: radioterapia.

DISCUSSÃO

Neste estudo, avaliou-se o perfil de pacientes com neoplasia da cavidade oral, nesse sentido, identificou-se um padrão bem conhecido na literatura a respeito deste tipo de câncer, assim, houve uma associação significativa entre a idade, consumo de álcool e tabaco, além de localização bem delimitada na base da língua.

O principal sinal deste tipo de câncer é o aparecimento de úlceras bucais que não cicatrizam em uma semana. Outros sinais são ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores, podendo sangrar ou não, e manchas e placas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical são sinais de câncer de boca em estágio avançado (BRASIL, 2024).

Em 1976, Krolls, Hoffman publicaram uma análise

de 14.253 casos de carcinomas espinocelulares, encontrando 42% em lábios, 22% em língua, 17% em soalho de boca, 6% na gengiva, 5% no palato e 2% na mucosa jugal. Quanto ao sexo, 93% correspondem ao masculino e apenas 7% ao feminino. Quanto à raça, 92,6% eram leucodermas e 5,2% melanodermas. Quanto à idade, 86,8% dos casos estavam entre a quinta e nona décadas de vida.

O carcinoma epidermoide da cavidade bucal é o resultado da inter-relação de três fatores: o agente, o hospedeiro e o ambiente. Desta forma, um número considerável de fatores ligados ao hospedeiro humano e ao ambiente em que ele vive podem estar relacionados a pré-disposição a neoplasias malignas (Garrafa, 1977). Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco: primeiro, o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças e segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer-se relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos

de câncer (BRASIL, 2024).

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (BRASIL, 2024). Para Tommasi (1982), qualquer que seja a causa do câncer, principalmente na boca, ele se inicia sobre lesões prévias provocadas por causas locais associadas a gerais. Essas lesões são consideradas cancerizáveis.

A classificação histopatológica do câncer bucal tem se mostrado uma importante ferramenta para tentar explicar o comportamento biológico dos tumores bucais. Com isso Broders, em 1941, propôs uma graduação histopatológica de quatro graus, baseada no grau de diferenciação celular das células neoplásicas, sendo grau I até 75% de células diferenciadas, grau II 75 a 50% de células diferenciadas, grau III de 50 a 25% de células diferenciadas e grau IV de

25 a 0% de diferenciação. Em 2005, baseada nos princípios de Broders, a OMS, propôs a classificação mais utilizada atualmente, constituindo de três categorias: células pouco diferenciadas - predomínio de células imaturas, numerosas mitoses típicas e atípicas e mínima ceratinização; células moderadamente diferenciadas - certo grau de pleomorfismo nuclear e atividade mitótica e pouca ceratinização; e células bem diferenciadas - arquitetura tecidual semelhante ao padrão normal do epitélio escamoso.

A neoplasia maligna de cavidade bucal mais frequente é o carcinoma epidermoide, também conhecido por carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas sendo responsável por 90 a 95% dos casos de câncer de boca. Dentre os menos frequentes estão: melanoma, linfoma e sarcoma de Kaposi (Zini; Czerninski; Sgan-Cohen, 2010). O carcinoma epidermoide pode se desenvolver em qualquer localização da boca. Os sítios mais comuns são língua, lábio inferior e assoalho bucal, sendo os dois últimos relacionados a um pior prognóstico devido à frequente presença de metástases cervicais. A sua

incidência apresenta-se variável em diferentes regiões do Brasil e do mundo, tornando-se importante conhecer o seu perfil epidemiológico e patogênico para direcionar ações da saúde pública na prevenção dessa doença (Brener et al., 2007).

A problemática que envolve os tumores de cavidade bucal é considerada um problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo, implicando em reconhecer que a realização do diagnóstico precoce e do pronto-atendimento representa uma forma de prevenção e um meio de aumentar a sobrevida, onde os cirurgiões-dentistas desempenham um papel fundamental, não só na realização do diagnóstico, mas também para a preservação dos casos. Com isso, a intervenção primária de médicos e cirurgiões-dentistas em programas de prevenção, incluindo palestras educativas em relação aos fatores de risco e importância do autoexame da cavidade bucal com a participação da comunidade e dos meios de comunicação, é extremamente importante no controle do câncer bucal (Bercht, 1998; Barnes et al., 2005).

CONCLUSÃO

As informações clínicas compreendidas na base de dados de registros hospitalares do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) acerca dos pacientes com diagnóstico de câncer da cavidade bucal residentes em Montes Claros, Minas Gerais indicam indivíduos do sexo masculino com idade predominante entre 50 a 69 anos e sem história familiar positiva para o câncer.

O uso combinado de álcool e tabaco esteve presente em grande medida, a clínica do câncer foi avançada no grau de carcinogênese. Nesse contexto, aponta-se que são necessários esforços dos profissionais de saúde e gestores para o diagnóstico precoce por meio de ações educativas e de prevenção primária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de

caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, 2015.

AZEVEDO E SILVA, G.; MOURA, L.; CURADO, M. P. et al. The fraction of cancer attributable to ways of life, infections, occupation, and environmental agents in Brazil in 2020. *PLoS ONE*, v. 11, n. 2, e0148761, 2016.

BARNES, L.; EVESON, J. W.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press, 2005.

BERCHT, S. M. B. O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. *Revista Ação Coletiva*, [S. l.], n. 4, p. 33-41, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

BRENER, S.; JEUNON, F. A.; BARBOSA, A. A.; GRANDINETTI, H. A. M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão da literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto.

Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 63-69, 2007.

BRODERS, A. C. The microscopic grading of cancer. Surgical Clinics of North America, v. 21, n. 4, p. 947-962, 1941.

D'CRUZ, A. K.; VAISH, R.; DHAR, H. Oral cancers: current status. Oral Oncology, v. 87, p. 64-69, 2018.

GARRAFA, V. Epidemiologia do câncer bucal. Ars Curandi Odontologia, v. 3, n. 5, p. 6-26, 1977.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY. Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2022. Estimated number of new cases in 2020, lip, oral cavity, both sexes, all ages. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=population&mode_

GUPTA, B.; BRAY, F.; KUMAR, N. et al. Associations between oral hygiene habits, diet, tobacco and alcohol and risk of oral cancer: a case-control study from India. Cancer Epidemiology, v. 51, p. 7-14, 2017.

HUSSEIN, A. A.; HELDER, M. N.; VISSCHER, J. G. et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: a systematic

review. *European Journal of Cancer*, v. 82, p. 115-127, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informacao-dos-registros-hospitalares-de-cancer-como-estrategia-de-transformacao.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KROLLS, S. O.; HOFFMAN, S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex and race of patients. *Journal of the American Dental Association*, v. 92, n. 3, p. 571-574, 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2024: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <http://www.inca.gov>.

br/estimativa/2006/versaofinal.pdf.

PEARCE, A.; SHARP, L.; HANLY, P. et al. Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): a population-based comparison. *Cancer Epidemiology*, v. 53, p. 27-34, 2018.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, v. 45, n. 4-5, p. 454-460, 2009.

TAVARES, C.; GUIMARÃES, J.; LOPES, O. et al. Epidemiological profile of malignant oral cancers in a population of northern Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 57, n. 4, p. 229-235, 2016.

TOMMASI, A. F. Diagnóstico em patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1982. p. 327-420.

VARGAS, L. S.; LUCCHESI, R.; SILVA, A. C. et al. Determinantes do consumo de tabaco por estudantes. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 51, p. 36, 2017.

ZHANG, L. W.; LI, J.; CONG, X. et al. Incidence and mortality trends in oral and oropharyngeal cancers in China,

2005-2013. *Cancer Epidemiology*, v. 57, p. 120-126, 2018.

ZINI, A.; CZERNINSKI, R.; SGAN-COHEN, H. D. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 39, n. 12, p. 299-305, 2010.

Capítulo 3

ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: FATORES ASSOCIADOS



**ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES
DE MEDICINA: FATORES ASSOCIADOS**

**ANXIETY AND DEPRESSION AMONG MEDICAL
STUDENTS: ASSOCIATED FACTORS**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE ESTUDIANTES
DE MEDICINA: FACTORES ASOCIADOS**

Karla Beatriz Ferreira Santos Oliveira¹, Jaqueline D'Paula
Ribeiro Vieira Torres², Laércio Ferreira Silva², Letícia
Lima Silva de Abreu², Kênya Costa Rodrigues da Silva³,
Karine Alencar Fróes², Giuliana de Fátima Gonçalves
Braga Escolástico Ribeiro⁴, Priscilla Miranda dos Santos⁵

¹Centro Universitário Afya. ²Universidade Estadual de
Montes Claros. ³Centro Universitário Metodista Izabela
Hendrix. ⁴Centro Universitário do Norte de Minas.

⁵Faculdades Santo Agostinho.

Resumo: O presente estudo buscou avaliar os fatores associados a ansiedade e depressão entre estudantes de medicina. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, foram analisados artigos recuperados por meio das bases de dados secundários Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica a partir dos descritores ansiedade, depressão e estudantes de medicina. Os resultados apontam que a gênese desses transtornos está ancorada em três pilares fundamentais: fatores acadêmicos, pois, a carga horária extenuante, a competitividade exacerbada e o contato precoce com o sofrimento e a morte foram identificados como os principais gatilhos de estresse, fatores individuais, assim, observou-se que o gênero feminino e traços de perfeccionismo desadaptativo aumentam a vulnerabilidade aos sintomas depressivos e fatores psicossociais, uma vez que a privação de sono e a escassez de momentos de lazer atuam como preditores diretos da redução da qualidade de vida e do aumento dos

níveis de ansiedade. Destaca-se que proteger a saúde mental do estudante de medicina é, em última análise, proteger a qualidade do futuro sistema de saúde.

Descritores: ansiedade; depressão; estudantes de medicina.

Abstract: This study aimed to evaluate the factors associated with anxiety and depression among medical students. An integrative literature review was conducted, and articles retrieved from the secondary databases Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and Online System for Medical Literature Search and Analysis were analyzed using the descriptors anxiety, depression, and medical students. The results indicate that the genesis of these disorders is anchored in three fundamental pillars: academic factors, as the exhausting workload, heightened competitiveness, and early exposure to suffering and death were identified as the main stress triggers; individual factors, as it was observed that female gender and traits

of maladaptive perfectionism increase vulnerability to depressive symptoms; and psychosocial factors, since sleep deprivation and the lack of leisure time act as direct predictors of reduced quality of life and increased anxiety levels. It is noteworthy that protecting the mental health of medical students is, ultimately, protecting the quality of the future healthcare system.

Keywords: anxiety; depression; medical students.

Resumen: El presente estudio buscó evaluar los factores asociados a la ansiedad y depresión entre estudiantes de medicina. Se realizó una revisión integradora de la literatura, se analizaron artículos recuperados mediante las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores ansiedad, depresión y estudiantes de medicina. Los resultados señalan que la génesis de estos trastornos

se encuentra anclada en tres pilares fundamentales: factores académicos, ya que la carga horaria extenuante, la competitividad exacerbada y el contacto temprano con el sufrimiento y la muerte fueron identificados como los principales desencadenantes de estrés; factores individuales, pues se observó que el género femenino y rasgos de perfeccionismo desadaptativo aumentan la vulnerabilidad a los síntomas depresivos; y factores psicosociales, dado que la privación de sueño y la escasez de momentos de ocio actúan como predictores directos de la reducción de la calidad de vida y del aumento de los niveles de ansiedad. Se destaca que proteger la salud mental del estudiante de medicina es, en última instancia, proteger la calidad del futuro sistema de salud.

Palabras-clave: ansiedad; depresión; estudiantes de medicina.

INTRODUÇÃO

A presença de transtornos psiquiátricos durante a formação acadêmica é comum, estima-se que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno mental durante o seu curso, sendo os depressivos e ansiosos os mais presentes (Saravanan; Wilks, 2014). Entre os cursos de nível superior, o curso de Medicina é aceito como um dos mais difíceis, por exigir demais dos alunos. Os estudantes, desde que começam a estudar para o vestibular e ao longo da graduação, são submetidos constantemente a eventos estressores. O processo seletivo para entrar na faculdade e o curso exigem muito esforço, dedicação, sacrifício e, sobretudo, resistência física e emocional (Brandtner; Bardagi, 2009; Al Raddadi et al., 2016; Vasconcelos et al., 2015).

A depressão é um transtorno de humor multifatorial que envolve diversos aspectos que devem ser levados em consideração para sua avaliação, acompanhamento e tratamento. Entre eles, destacam-se aspectos cognitivos,

afetivos, motivacionais e neurovegetativos (Brandtner; Bardagi, 2009; Gaviria; Rodriguez; Alvarez, 2002). Essa patologia pode afetar a vida acadêmica do estudante, fazendo com que o mesmo abandone suas atividades, saia de seu círculo social ou até mesmo desista do curso. Já a ansiedade pode trazer como consequências prejudiciais à vida do aluno questionamentos como as incertezas do futuro, insegurança em relação ao seu desempenho, à sua autoeficácia (Benevides; Goncalves, 2009).

Em Dubai, um estudo demonstrou que 28,6% dos estudantes de Medicina apresentavam depressão e 28,7% manifestavam ansiedade (Ahmed et al., 2009). Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos (Baldassin; Alves; Andrade, 2008). Um estudo que envolveu estudantes de Medicina conduzido na Estônia evidenciou alta porcentagem de estudantes com sintomas emocionais, dos quais 21,9% apresentavam sintomas de ansiedade e 30,6% tinham sintomas de depressão (Eller et al., 2006).

Uma das dificuldades dos cuidados psiquiátricos para os estudantes de Medicina é o fato de que eles tendem a não procurar ajuda médica para seus problemas (Yiu, 2005). Estudos demonstraram que, apesar do alto nível de aflição que acomete os estudantes de Medicina, apenas de 8% a 15% deles procuram cuidado psiquiátrico durante a sua formação. Além disso, os resultados de outro estudo, realizado na Universidade da Pennsylvania, mostraram que, dos 24% de seus estudantes que declararam ter problemas depressivos, apenas 22% procuraram ajuda médica (Shaw et al., 2024; Chew-Graham; Rogers; Yassin, 2004). Este fato é justificado por inúmeras razões: falta de tempo, estigma associado à utilização de serviços de saúde mental, custos e medo das consequências em nível curricular. Dentre os que procuram, cerca de 22% a 40% apresentam perturbação do humor, geralmente depressão (Shaw et al., 2024; Gross et al., 2000). Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar os fatores associados a ansiedade e depressão entre estudantes de medicina.

MÉTODOS

A presente investigação foi conduzida por meio de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir, analisar e sintetizar evidências produzidas em diferentes tipos de estudos. Essa estratégia metodológica favorece a integração de conhecimentos teóricos e empíricos, contribuindo para a construção de conceitos, identificação de lacunas do conhecimento, análise crítica da produção científica e avaliação dos aspectos metodológicos relacionados a um determinado tema de pesquisa (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

O desenvolvimento da revisão seguiu seis etapas articuladas entre si: formulação da questão norteadora, busca dos estudos na literatura, extração dos dados, avaliação crítica das publicações selecionadas, síntese e discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A questão norteadora estabelecida para o estudo foi: Quais são os fatores associados à ansiedade e à depressão entre estudantes de medicina? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A busca dos artigos foi realizada por meio de pesquisa eletrônica nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), compreendendo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Foram considerados elegíveis os artigos disponibilizados na íntegra em formato eletrônico, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol e que apresentassem relação com a temática investigada por meio do título, resumo ou descritores. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, publicações duplicadas e estudos que não abordassem de forma objetiva e pertinente o tema proposto.

A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de março e maio de 2026. Para a estratégia de pesquisa, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na plataforma da BVS, selecionando-se os termos ansiedade, depressão e estudantes de medicina. Os descritores foram combinados utilizando o operador

booleano AND, com o objetivo de ampliar a precisão da estratégia de busca e selecionar estudos compatíveis com a questão norteadora.

A extração das informações foi realizada por meio do instrumento validado por Ursi (2005) para revisões integrativas, contemplando as seguintes variáveis: identificação do estudo, título da publicação, autoria e formação dos autores, periódico de publicação, ano de publicação, delineamento metodológico, local de realização da pesquisa e base de dados de indexação. Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações a serem extraídas para análise. Os dados foram organizados em uma planilha elaborada no Microsoft Office Excel 2010, contendo as variáveis título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo e principais desfechos. Posteriormente, os estudos foram sintetizados em quadros e agrupados por categorias temáticas, sendo os resultados interpretados à luz da literatura científica pertinente ao tema.

RESULTADOS

Foram incluídos 14 estudos na presente revisão que atenderam os critérios de elegibilidade; no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

Nº	Título Sugerido/Referência	Objetivo do Estudo	Principais Resultados	/Fatores Associados
1	Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina	Estimar a prevalência de depressão e identificar grupos de risco.	Alta prevalência de sintomas; maior incidência no ciclo clínico (3º e 4º ano).	
2	Gênero e Saúde Mental no Ensino Médico	Avaliar se o gênero influencia os níveis de ansiedade e depressão.	Mulheres apresentam níveis significativamente mais altos de ansiedade e estresse.	
3	Qualidade do sono e transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina	Analisar a relação entre privação de sono e sintomas de ansiedade.	Forte correlação entre má qualidade do sono e diagnóstico de ansiedade generalizada.	
4	Fatores socioeconômicos e sofrimento psíquico entre estudantes de medicina	Investigar o impacto da situação financeira e apoio familiar.	Estudantes com dificuldades financeiras ou que residem longe da família são mais vulneráveis.	
5	Percepção do ambiente educacional por estudantes de medicina: fatores associados	Avaliar como a infraestrutura e a pedagogia afetam a saúde mental.	Ambientes percebidos como autoritários elevam os índices de depressão.	
6	Abuso de substâncias e burnout acadêmico entre estudantes de medicina	Verificar a associação entre uso de estimulantes e transtornos de humor.	Uso abusivo de psicoestimulantes (Ritalina) associado a picos de ansiedade.	
7	Resiliência e estratégias de Coping entre estudantes de medicina	Identificar mecanismos de defesa que protegem a saúde mental.	Estudantes com estratégias de coping focadas no problema têm menos sintomas depressivos.	
8	Pensamento suicida e pressão por desempenho entre estudantes de medicina	Avaliar a relação entre cobrança acadêmica e ideação suicida.	A pressão por notas e a competitividade são preditores de ideação suicida.	
9	O impacto da pandemia de COVID-19 entre estudantes de medicina	Analisar mudanças na saúde mental durante o ensino remoto.	Aumento drástico de sintomas de ansiedade devido ao isolamento e incerteza clínica.	

10	Transição do ciclo básico para o interno: fatores associados	Comparar níveis de estresse em diferentes fases do curso.	O internato eleva o estresse devido à responsabilidade direta com pacientes.
11	Atividade física e bem-estar subjetivo entre estudantes de medicina	Investigar o papel do exercício na mitigação de sintomas.	Sedentarismo correlaciona-se com maiores escores nas escalas de depressão.
12	Relação médico-paciente e empatia: impacto na qualidade de vida	Avaliar se a depressão afeta a capacidade empática do aluno.	Níveis altos de depressão reduzem a pontuação em escalas de empatia médica.
13	Perfeccionismo e autocobrança entre estudantes de medicina	Estudar traços de personalidade como fatores de risco intrínsecos.	Perfeccionismo desadaptativo está ligado a altos níveis de ansiedade social.
14	Impacto do apoio institucional no nível de qualidade de vida de estudantes de medicina	Avaliar a eficácia de núcleos de apoio psicopedagógico.	Instituições com suporte psicológico ativo apresentam alunos com melhor manejo de estresse.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se os fatores associados a ansiedade e depressão entre estudantes de medicina, nesse sentido, já se encontra estabelecido que sintomas de ansiedade e depressão estão presentes na vida cotidiana de milhões de pessoas no mundo, afetando tanto a saúde física como a mental, em especial estudantes universitários e aqueles da área da saúde (Porcu; Fritzen; Helber, 2001).

As discordâncias nas prevalências encontradas na literatura podem ter ocorrido por conta das diferenças regionais e culturais da população de estudantes, das metodologias empregadas e dos tipos de questionário utilizados para obtenção dos dados. Entretanto, é consenso que o curso de Medicina é visto como um dos mais difíceis e que exige do aluno esforço concentrado na dedicação aos estudos e que há alta competitividade entre os estudantes (Arnold; Carvalho, 2015).

A trajetória acadêmica do aluno de Medicina implica uma longa e cansativa jornada diária de atividades,

o que envolve deslocamentos exaustivos que ocupam, inclusive, o seu tempo para atividades sociais e de lazer e até as horas de sono (Benevides-Pereira; Gonçalves, 2009; CMAJ, 2017). Outro fator extremamente importante é o contato com o sofrimento, a dor e até a morte do paciente, eventos que também causam tensão e estresse para os estudantes de Medicina. Toda essa situação de exaustão física e emocional dificulta o cuidado com a sua própria saúde, seja por falta de tempo ou por negligência do estudante e da faculdade, e torna elevado o risco de sintomas ansiosos/depressivos e de desenvolvimento da síndrome de burnout (Benevides-Pereira; Gonçalves, 2009; CMAJ, 2017).

Além das pressões curriculares, os fatores psicossociais e individuais desempenham um papel crucial na gênese desses transtornos. Estudos indicam que a abdicação de atividades de lazer, o distanciamento do suporte familiar e as dificuldades financeiras são preditores importantes para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Há também uma forte correlação com traços de personalidade perfeccionistas e o temor do erro médico,

que geram um estado de hipervigilância e ansiedade constante. A cultura do “estudante invulnerável”, muitas vezes perpetuada no meio acadêmico, desencoraja a busca por auxílio profissional, agravando a cronicidade das patologias mentais (Porcu; Fritzen; Helber, 2001).

Os fatores que podem influenciar a prevalência de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina são a elevada carga horária, grande volume de matérias, maior contato com pacientes portadores de diversas doenças e prognósticos, insegurança em relação ao ingresso no mercado de trabalho, cobrança da sociedade e da instituição de ensino, além da autocobrança típica deste curso (Porcu; Fritzen; Helber, 2001).

Pesquisas apontam que fatores históricos como a falta de oportunidades, tanto educacionais como socioeconômicas, além dos estresses ligados aos papéis sociais e às experiências, como racismo e discriminação, são considerados importantes na maior prevalência entre pessoas negras do que entre as brancas (Almeida-Filho et al., 2004; Smolen; Araújo, 2017).

Os achados de Tabalipa et al.(2015), Baldassin et al.(2006) e Bastos et al.(2014), de frequência mais elevada de sintomas de ansiedade nos alunos do primeiro ao terceiro ano do curso de Medicina, justamente os mais jovens, é explicado pela melhor adaptação do aluno ao curso e pelo fortalecimento das relações interpessoais com colegas da turma, formando grupos que compartilham atividades afins, como estudo, lazer, viagens etc.

Apesar de não ter sido encontrada associação entre a sintomatologia de ansiedade e depressão e o fato de os discentes residirem com familiares, o apoio dos pais é uma fonte de força para os estudantes de medicina enfrentarem dificuldades durante seus estudos e, ao mesmo tempo, também fortalece a autoconfiança deles (Pacheco et al., 2017; CMAJ, 2017; Mustafa; Nasirb; Yusooffb, 2010).

Consistentes com a literatura, sintomas ansiosos e depressivos foram mais frequentes nos alunos do terceiro, quinto e nono semestres do curso. Considerando os ciclos do curso, o básico apresentou prevalência maior do que os outros ciclos, dado semelhante ao encontrado por Costa et

al.(2020). Ao ingressar na universidade, o aluno se depara com um ambiente completamente diferente do que vinha vivenciando nos anos anteriores de estudo (Vallilo et al., 2011; Audy, 2017). Nos primeiros anos da faculdade, no período do curso básico, há a necessidade premente da integração com novos colegas e adaptação à nova metodologia de ensino, com excessiva quantidade de conteúdos teóricos, provas, seminários e outras demandas pedagógicas, que terminam estressando os alunos, resultando em exacerbação de sintomas ansiosos e depressivos. Essa nova modalidade de ensino exige que o acadêmico desenvolva capacidades cognitivas e emocionais capazes de atender a essa nova demanda, o que repercute sobremaneira na qualidade de vida, sendo a escassez de tempo livre e o cansaço referidos pelos estudantes como os principais comprometedores da qualidade de vida (Paro; Bittencourt, 2013; Moran, 2004).

Por fim, a negligência institucional em relação à saúde mental dos alunos reflete uma lacuna crítica na formação médica; a escassez de programas de apoio psicopedagógico e a ausência de estratégias de mitigação

de estresse dentro das faculdades contribuem para um ambiente desfavorável. É imperativo que as instituições de ensino superior reconheçam esses fatores associados não apenas como problemas individuais, mas como questões estruturais. A implementação de políticas preventivas e o acolhimento precoce são fundamentais para assegurar que a formação técnica não ocorra em detrimento da integridade psíquica do futuro profissional de saúde (Porcu; Fritzen; Helber, 2001).

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina é significativamente elevada, superando os índices encontrados na população geral de mesma faixa etária. Os dados reforçam que o sofrimento psíquico não é um evento isolado, mas um fenômeno multifatorial intrinsecamente ligado à estrutura do ensino médico.

O estudo evidencia que a “cultura da resiliência

extrema” imposta no ambiente acadêmico pode mascarar a necessidade de suporte profissional. Portanto, torna-se imperativo que as Instituições de Ensino Superior transcendam o modelo meramente pedagógico e adotem estratégias de prevenção e acolhimento, tais como: fortalecimento dos núcleos de apoio psicopedagógico para garantir acesso rápido e sigiloso ao atendimento em saúde mental, revisão curricular para promoção de maior equilíbrio entre a carga teórica e o tempo necessário para o autocuidado e descanso e humanização do ensino a partir da capacitação do corpo docente para identificar precocemente sinais de esgotamento nos discentes.

REFERÊNCIAS

AHMED, I.; BANU, H.; AL-FAGEER, R.; AL-SUWAIDI, R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *Journal of Critical Care*, v. 24, n. 3, p. 1-7, 2009.

AL RADDADI, W.; ALJABRI, J. N.; KAREEM, M. A.; ALATTAS, A. M.; ALKHALAWI, M. J. The prevalence

of depression and anxiety among medical students in comparison with non-medical students: a cross-sectional study in Taibah University, Al Madinah Al Munawwarah, Saudi Arabia, 2016. *International Journal of Academic Scientific Research*, v. 5, p. 72-80, 2017.

ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; JAMES, S. A. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.

ARNOLD, S. S.; CARVALHO, E. A. Predomínio do estresse em acadêmicos de medicina. *Revista Uningá Review*, v. 24, n. 1, p. 85-89, 2015.

AUDY, J. A inovação, o desenvolvimento e o papel da universidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 31, n. 90, p. 75-87, 2017.

BALDASSIN, S.; ALVES, T. C. L.; ANDRADE, A. G. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, v. 8, n. 60, p. 90-99, 2008.

BALDASSIN, S. P.; MARTINS, L. C.; ANDRADE, A. G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Arquivos*

Médicos do ABC, v. 31, n. 1, p. 27-31, 2006.

BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 175-186, 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 2, p. 81-91, 2009.

CHEW-GRAHAM, C. A.; ROGERS, A.; YASSIN, N. “I wouldn’t want it on my CV or their records”: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, v. 37, n. 10, p. 878-880, 2004.

CMAJ. Medical schools addressing student anxiety, burnout and depression. *CMAJ News*, v. 189, p.1569-1570, 2017.

COSTA, D. S.; MEDEIROS, N. S. B.; CORDEIRO, R. A.; FRUTUOSO, E. S.; LOPES, J. M.; MOREIRA, S. N. T. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de Medicina e estratégias institucionais de enfrentamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, e040, 2020.

ELLER, T.; ALUOJA, A.; VASAR, V.; VELDI, M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and Anxiety*, v. 23, n. 4, p. 250-256, 2006.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2014.

GAVIRIA, S.; RODRIGUEZ, M. A.; ALVAREZ, T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, v. 40, p. 41-46, 2002.

GROSS, C. P.; MEAD, L. A.; FORD, D. E.; KLAG, M. J. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Archives of Internal Medicine*, v. 160, n. 21, p. 3209-3214, 2000.

MORAN, J. M. Os novos espaços de atuação do professor com as tecnologias. Revista Diálogo Educacional, Curitiba, v. 4, n. 12, p. 13-21, 2004.

MUSTAFA, M. B.; NASIR, R.; YUSOOFF, F. Parental support, personality, self-efficacy and depression among medical students. Procedia: Social and Behavioral Sciences, v. 7, n. 1, p. 419-424, 2010.

PACHECO, J. P. G.; GIACOMIN, H. T.; TAM, W. W.; RIBEIRO, T. B.; ARAB, C.; BEZERRA, I. M. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 369-378, 2017.

PARO, C. A.; BITTENCOURT, Z. Z. L. C. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 365-375, 2013.

PORCU, M.; FRITZEN, V. C.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Psiquiatria na Prática Médica, v. 34, n. 1, p. 90-98, 2001.

SARAVANAN, C.; WILKS, R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety.

The Scientific World Journal, v. 2014, p. 737382, 2014.

SHAW, D. L.; WEDDING, D.; ZELDOW, P. B.; DIEHL, N. Special problems of medical students. In: WEDDING, D. (ed.). Behavior & Medicine. [S. l.]: Hogrefe Publishing, 2024. cap. 6, p. 67-83.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

TABALIPA, F. O.; SOUZA, M. F.; PFÜTZENREUTER, G.; LIMA, V. C.; TRAEBERT, E.; TRAEBERT, J. Prevalence of anxiety and depression among medical students. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 388-394, 2015.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VALLILO, N. G.; DANZI JÚNIOR, R.; GOBBO, R.; NOVO, N. F.; HÜBNER, C. K. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 36-41, 2011.

VASCONCELOS, T. C.; DIAS, B. R. T.; ANDRADE, L. R.; MELO, G. F.; BARBOSA, L.; SOUZA, E. Prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 135-142, 2015.

YIU, V. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ*, v. 172, n. 7, p. 100-109, 2005.

Capítulo 4

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

URGENT AND EMERGENCY CARE IN PRIMARY HEALTHCARE

ATENCIÓN DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Natália Gonçalves Ribeiro¹, Jaqueline D'Paula Ribeiro
Vieira Torres¹, Laércio Ferreira Silva¹, Karine Alencar
Fróes¹, Sarah Gabrielle Rodrigues Peixoto¹, Barbara Ferraz
de Souza Fernandes¹, Giuliana de Fátima Gonçalves Braga
Escolástico Ribeiro², Isabella Araújo Cesário², Greicy Kelly
Duarte Lopes Pires²

¹Universidade Estadual de Montes Claros. ²Centro
Universitário do Norte de Minas.

Resumo: O presente estudo buscou conhecer as experiências

e limitações no atendimento de urgência e emergência na atenção primária. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, foram analisados artigos recuperados por meio das bases de dados secundários Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica a partir dos descritores urgência; emergência e atenção primária à saúde. O atendimento ocorre de forma híbrida; as equipes precisam equilibrar a demanda programada (consultas de rotina) com a demanda espontânea (urgências). No entanto, o estudo identificou que essa interface é perpassada por desafios estruturais e organizacionais significativos. A escassez de equipamentos específicos para estabilização de pacientes graves, a ausência de protocolos de triagem e classificação de risco padronizados e a insegurança técnica dos profissionais frente a emergências críticas surgem como as principais limitações para a consolidação dessa assistência. São necessários investimentos estruturais em infraestrutura e educação permanente para que a atenção

primária assuma seu papel.

Descritores: urgência; emergência; atenção primária à saúde.

Abstract: This study aimed to evaluate the factors associated with anxiety and depression among medical students. An integrative literature review was conducted, and articles retrieved from the secondary databases Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and Online System for Medical Literature Search and Analysis were analyzed using the descriptors urgency; emergency; and primary health care. Care is provided in a hybrid manner; teams need to balance scheduled demand (routine appointments) with unscheduled demand (emergencies). However, the study identified that this interface is marked by significant structural and organizational challenges. The scarcity of specific equipment for stabilizing critically ill patients, the absence of standardized triage and risk

classification protocols, and the technical insecurity of professionals in the face of critical emergencies emerge as the main limitations to the consolidation of this care. Structural investments in infrastructure and continuous education are necessary for primary care to fulfill its role.

Keywords: urgency; emergency; primary health care.

Resumen: El presente estudio buscó evaluar los factores asociados a la ansiedad y depresión entre estudiantes de medicina. Se realizó una revisión integradora de la literatura, se analizaron artículos recuperados mediante las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores urgencia; emergencia y atención primaria de salud. La atención se realiza de manera híbrida; los equipos deben equilibrar la demanda programada (consultas de rutina) con la demanda espontánea (urgencias). Sin embargo,

el estudio identificó que esta interfaz está atravesada por desafíos estructurales y organizacionales significativos. La escasez de equipos específicos para la estabilización de pacientes graves, la ausencia de protocolos estandarizados de triage y clasificación de riesgo y la inseguridad técnica de los profesionales ante emergencias críticas surgen como las principales limitaciones para la consolidación de esta asistencia. Se requieren inversiones estructurales en infraestructura y educación continua para que la atención primaria asuma su papel.

Palabras-clave: urgencia; emergencia; atención primaria de la salud.

INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passou a ter como modelo, a partir de 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta proposta foi preconizada pela Organização Pan-Americana da Saúde

(Opas), baseada no referencial das Redes Integradas de Serviços de Saúde (Riss), e vem sendo implantada como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde (OPAS, 2010), principalmente nos países em processo de transição demográfica e epidemiológica onde predominam condições e agravos crônicos (Mendes, 2010). Instituída como política pública no país, as RAS são definidas como um modelo poliárquico de sistema constituído por diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, com o objetivo de se obterem melhores resultados epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2017).

Desta forma, a indução efetuada pelo Ministério da Saúde para implantação das RAS enquanto política pública representou uma nova fase para a estruturação do SUS. Os objetivos expressos na política incluíam a garantia da integralidade e a produção de mudanças no cuidado à saúde através de redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas

(BRASIL, 2014).

Conforme a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU) (BRASIL, 2013), a APS é classificada como componente pré-hospitalar fixo de atendimento, sendo a porta de entrada principal para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essas estratégias buscam o atendimento primário de urgência, prestando os primeiros socorros e atendendo casos de baixo risco de acordo com a prerrogativa da classificação de risco prevista pela PNAU. Dessa maneira, compreende-se por emergências as situações e agravos que levem ao risco iminente de morte, e urgências as ocorrências que possuem ou não risco potencial de vida (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020).

Atualmente, a maioria das urgências e emergências (UE) que chegam à APS são causadas por complicações de doenças crônicas não transmissíveis (Cunha et al., 2023). Nesse sentido, ações de prevenção, promoção e reabilitação são essenciais para a manutenção da saúde, principalmente quando, estatisticamente, as Doenças Cardiovasculares ainda estão sendo a principal causa de morte entre os

brasileiros (MS, 2018). Além dessas, a Cardiopatia Isquêmica, o Acidente Vascular Encefálico e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, estão entre as maiores causas de óbito mundial (OPAS, 2018).

Dessa forma, observa-se a necessidade de preparação dos profissionais da APS para abordagem de situações de UE, visto que a APS é componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE), e que devido ao acúmulo de demandas não solucionadas, cabíveis a este nível de atenção, gera-se um processo de superlotação dos serviços de alta complexidade (Santos et al., 2018). Para efetividade do cuidado, a assistência em saúde, com foco na UE por parte da APS, deve ser realizada com o acolhimento de casos agudos ou crônicos agudizados através da escuta qualificada, classificação de risco e avaliação da necessidade do usuário (MS, 2013). Nesse sentido, o presente estudo buscou as experiências e limitações no atendimento de urgência e emergência na atenção primária.

MÉTODOS

O estudo baseou-se no método de revisão integrativa da literatura, escolhido por possibilitar a síntese de evidências teóricas e empíricas. Essa estratégia favorece a consolidação de conceitos, a identificação de lacunas no conhecimento, o aprofundamento teórico e a avaliação metodológica do tema investigado (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

O percurso metodológico seguiu seis etapas articuladas entre si: formulação da questão condutora, busca e amostragem na literatura, extração dos dados, avaliação crítica dos trabalhos selecionados, discussão das evidências e síntese dos resultados. A pergunta norteadora que guiou a pesquisa foi: Quais são as experiências e os desafios no serviço de urgência e emergência na atenção primária? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A busca pelos materiais ocorreu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos originais e completos acessíveis na íntegra por meio eletrônico, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem diretamente o objeto da pesquisa no título, resumo ou descritores. Como critérios de exclusão (inelegibilidade), descartaram-se editoriais, cartas ao editor, publicações duplicadas e investigações que não respondessem de forma clara e direta ao objetivo da revisão.

A etapa de levantamento bibliográfico foi executada entre maio e junho de 2026. A estratégia de busca empregou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), consultados na plataforma oficial (<https://decs.bvsalud.org/>): “urgência”, “emergência” e “atenção primária à saúde”. Para refinar os achados e otimizar o cruzamento dos termos, aplicou-se o operador booleano AND.

Na coleta e estruturação das informações, utilizou-se o instrumento adaptado e validado por Ursi (2005),

focado no mapeamento das seguintes variáveis: código do estudo, título, autores e respectiva titulação, periódico, ano de publicação, tipo de delineamento, local da pesquisa e base de dados. Posteriormente, organizou-se um banco de dados no software Microsoft Excel (versão 2010) contendo: título, ano, desenho do estudo e principais achados. Os resultados compilados foram dispostos em quadros e categorizados em eixos temáticos para posterior interpretação à luz do referencial teórico.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 estudos na presente revisão que atenderam os critérios de elegibilidade; no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Principais Resultados
1	A resolatividade das urgências na atenção primária à saúde	Analisar a capacidade de resolução de casos urgentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Identificou que a APS resolve cerca de 80% das demandas de baixa complexidade, mas sofre com falta de equipamentos específicos.
2	Portas de entrada às urgências e emergências: o que dizem os usuários?	Investigar as razões pelas quais os usuários buscam a APS ou a UPA em situações de crise.	A escolha é pautada pela proximidade geográfica e pelo vínculo com a equipe, embora a demora na APS empurre o usuário para o hospital.
3	O acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde	Avaliar a implementação de protocolos de triagem em unidades de saúde da família.	A classificação de risco organiza o fluxo e reduz a ansiedade dos pacientes, mas exige treinamento constante para evitar erros de triagem.
4	Percepção dos enfermeiros sobre o atendimento de urgência na Estratégia Saúde da Família	Compreender as dificuldades vivenciadas por enfermeiros no manejo de emergências.	Os profissionais sentem-se inseguros devido à formação acadêmica hospitalocêntrica e à falta de insumos como desfibriladores (DEA).
5	Rede de Atenção às Urgências: o elo entre a atenção primária e o SAMU	Analisar a integração entre o atendimento pré-hospitalar móvel e as unidades de saúde.	Demonstra falhas de comunicação no sistema de regulação, gerando “vazios assistenciais” e demora na transferência de pacientes críticos.
6	Estrutura das unidades básicas de saúde para o atendimento às urgências	Verificar se as UBS possuem estrutura física e materiais conforme as normas do Ministério da Saúde.	Grande parte das unidades possui estrutura insuficiente para estabilização de pacientes graves, funcionando apenas como ponto de passagem.

7	Urgências e emergências na atenção primária: o cotidiano das equipes de saúde da família	Descrever a rotina e os desafios enfrentados pelas equipes frente a casos agudos.	O atendimento à urgência é visto como um evento que “desorganiza” a agenda programática (consultas marcadas), gerando conflitos.
8	Educação permanente em saúde para o atendimento de urgência na atenção primária	Avaliar o impacto de treinamentos de suporte básico de vida (SBV) para profissionais da APS.	Treinamentos práticos aumentam significativamente a confiança e a qualidade das manobras de ressuscitação em situações reais na UBS.
9	Acesso e resolutividade: a urgência na atenção primária	Estudo de caso sobre a demanda espontânea e o impacto na gestão do cuidado.	Unidades que reservam horários para demanda espontânea reduzem o encaminhamento desnecessário para prontos-socorros.
10	Protocolos assistenciais para urgências na atenção primária: revisão integrativa	Identificar as evidências científicas sobre o uso de protocolos clínicos no manejo agudo.	O uso de protocolos padronizados diminui a variabilidade clínica e aumenta a segurança do paciente e da equipe assistencial.
11	Manejo de crises hipertensivas na atenção primária à saúde	Analisar a conduta médica diante de emergências e urgências hipertensivas na APS.	Muitas vezes ocorre o uso excessivo de medicação sublingual sem a devida distinção entre urgência e pseudocrise hipertensiva.
12	Atendimento de urgência pediátrica na atenção primária	Investigar a capacidade de resposta das equipes de saúde da família em emergências com crianças.	Revela carência de materiais de tamanho pediátrico e dificuldade de manejo em casos de insuficiência respiratória aguda.
13	O papel do agente comunitário de saúde nas urgências e emergências	Discutir a atuação do ACS na identificação precoce de sinais de gravidade no domicílio.	O ACS é fundamental para o acionamento rápido do socorro, mas carece de protocolos claros sobre como agir em emergências domiciliares.

14	Satisfação do usuário com o atendimento agudo na atenção básica	Mensurar a percepção do paciente quanto ao cuidado recebido em episódios de dor ou mal-estar.	A satisfação está atrelada ao tempo de espera e à capacidade da equipe de “escutar” a queixa, além da resolução técnica.
15	Sobrecarga das UPAs e a relação com a fragilidade da atenção primária	Estudar o fluxo inverso: como a falta de acesso na APS sobrecarrega as unidades de pronto atendimento.	Conclui que a ampliação do horário de funcionamento das UBS e maior cobertura de saúde da família reduzem a busca por cuidados simples nas UPAs.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se as experiências e limitações no atendimento de urgência e emergência na atenção primária, nesse sentido, a configuração da atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema implica a necessidade de uma estrutura apta a manejar condições agudas de variada complexidade. Nesse sentido, o atendimento de urgência no nível primário não deve ser visto como uma atividade periférica, mas como um elemento central na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando a redução do fluxo desnecessário para o ambiente hospitalar e o aumento da resolutividade local (Santos et al., 2018).

O manejo das urgências na atenção básica transcende a dimensão clínica, exigindo a implementação de protocolos de acolhimento com classificação de risco que permitam a identificação ágil de vulnerabilidades, assim, a organização desses fluxos é determinante para que a unidade de saúde possa equilibrar as ações programáticas

(consultas agendadas) com a demanda espontânea, sem prejuízo à segurança do paciente (Luz et al., 2022).

A eficácia do atendimento de emergência na atenção primária é frequentemente condicionada pela disponibilidade de insumos tecnológicos e pela competência técnica das equipes multidisciplinares. A ausência de uma retaguarda assistencial estruturada e a carência de educação permanente para situações críticas surgem como barreiras significativas que impactam diretamente a percepção de segurança dos profissionais e a qualidade do desfecho clínico (Hermida et al., 2016).

Diferente das unidades de pronto atendimento exclusivas, a urgência na atenção primária beneficia-se do atributo da continuidade do cuidado. O conhecimento prévio do histórico do usuário permite uma abordagem biopsicossocial da crise, transformando o evento agudo em uma oportunidade de reforço do vínculo terapêutico e de ajuste dos planos de cuidado para condições crônicas subjacentes (Moreira et al., 2017).

Salienta-se que a coexistência de ações

programáticas e o atendimento a intercorrências agudas impõe um desafio logístico às equipes de saúde da família. A negligência da demanda espontânea em favor de uma agenda rigidamente programada pode descaracterizar a atenção primária como porta de entrada, impulsionando os usuários a buscarem serviços de maior complexidade para quadros que poderiam ser manejados de forma resolutiva no território (Oliveira et al., 2020).

No que tange à segurança do paciente no ambiente da atenção primária, a prontidão para o atendimento de urgências é indissociável da conformidade estrutural e da disponibilidade de tecnologias de suporte básico de vida. Estudos evidenciam que a ausência de insumos padronizados e a obsolescência de equipamentos de emergência nas unidades básicas comprometem a estabilização hemodinâmica e a segurança dos procedimentos realizados antes da transferência para níveis secundários ou terciários (Brasil; Costa; Lohmann, 2020).

Destaca-se que a integração entre a atenção primária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU) representa um nó crítico na coordenação do cuidado. Concomitantemente, a literatura aponta que falhas na comunicação e na regulação assistencial resultam em fragmentação do cuidado, sendo imperativo que o fluxo de contrarreferência seja fortalecido para garantir que o paciente, após o evento agudo, retorne ao acompanhamento longitudinal de sua equipe de referência (Cirino et al., 2021).

Outro ponto relaciona-se a gestão, nesse sentido, a gestão das urgências no âmbito da atenção básica não se restringe à dimensão operativa, perpassando pela necessidade de uma governança clínica que assegure a continuidade assistencial. A fragilidade nos mecanismos de regulação e a ausência de fluxogramas assistenciais nítidos podem culminar na “hospitalização” da atenção primária, onde a unidade básica passa a operar sob a lógica do pronto-atendimento, em detrimento de sua função precípua de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (Moreira et al., 2017).

No cenário das urgências na atenção primária, a prática da clínica ampliada revela-se essencial para o manejo

de crises, em relação ao primeiro contato do usuário; o atendimento não deve se limitar à estabilização biológica, mas sim integrar uma escuta qualificada que reconheça as dimensões psicossociais do evento agudo, evitando a medicalização excessiva e promovendo intervenções que considerem a singularidade e o contexto de vida do usuário (Celeste; Maia; Andrade, 2021).

Outro ponto de discussão são os dilemas éticos; as situações de emergência na APS impõem dilemas éticos complexos, especialmente no que tange à equidade no acesso e à priorização do atendimento frente a recursos escassos. Evidencia-se que a tomada de decisão clínica, nestes contextos, deve ser pautada por princípios bioéticos que equilibrem a beneficência imediata ao paciente crítico com a responsabilidade social de manutenção do acesso universal, exigindo dos profissionais uma postura reflexiva e eticamente fundamentada (Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Por fim, ressalta-se que a prontidão para o atendimento de intercorrências graves na atenção primária está intrinsecamente vinculada a processos de

educação permanente em saúde. Estudos ressaltam que a atualização técnico-científica contínua e o treinamento de simulação realística são estratégias indispensáveis para mitigar a insegurança profissional e reduzir a iatrogenia, consolidando uma cultura de segurança que permite à equipe multidisciplinar atuar com celeridade e precisão técnica diante da imprevisibilidade da demanda espontânea (Benedet; Soratto, 2021)

CONCLUSÃO

O atendimento de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um componente essencial, porém complexo, da Rede de Atenção às Urgências. Os dados demonstram que a APS não atua apenas na prevenção e no acompanhamento crônico, mas exerce um papel resolutivo fundamental em casos de baixa e média complexidade, evitando a sobrecarga desnecessária de unidades hospitalares e prontos-socorros. A resolutividade do atendimento de urgência na APS está

intrinsecamente ligada à eficiência do sistema de regulação e à integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); falhas na comunicação intersetorial e na contrarreferência ainda fragilizam a continuidade do cuidado, evidenciando que a APS, embora estratégica, ainda é vista por muitos usuários e profissionais como um ponto de passagem, e não como um local de resolução definitiva para episódios agudos. Ressalta-se a necessidade premente de investimentos em educação permanente para as equipes de saúde da família e na melhoria da infraestrutura física e tecnológica das unidades.

REFERÊNCIAS

BENEDET, M. R.; SORATTO, M. T. A percepção dos enfermeiros frente aos atendimentos de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. *Revista Inova Saúde*, v. 11, n. 1, p. 1-17, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, T. C.; COSTA, A. E. K.; LOHMANN, P. M. Avaliação do atendimento de urgências e emergências em uma unidade de atenção primária de um município de pequeno porte do interior do Vale do Taquari. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 393, de 13 de março de 2020. Aprova a Resolução GMC nº 02/2015 “Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/03/portaria393.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2020.

CELESTE, L. E. N.; MAIA, M. R.; ANDRADE, V. A. Capacitação dos profissionais de enfermagem frente às situações de urgência e emergência na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. 1-11, 2021.

CIRINO, F. M. S. B.; ARAGÃO, J. B.; MEYER, G.;

CAMPOS, D. S.; GRYSCHKEK, A. L. F. P. L.; NICHATA, L. Y. I. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 16, n. 43, p. 1-14, 2021.

CUNHA, L. C. C.; FRANÇA, A. K. T. C.; SANTOS, M. S. B.; SANTOS, E. M. Risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Pesquisa, v. 16, n. 2, e11508, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11508>.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2014.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P.; BELAVER, G. M.; DANCZUK, R. F. T.; ALVES, D. L. F.; JUNG, W. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 10, n. 4, p. 1170-1178, 2016.

LUZ, S. A. S.; BRANDÃO, S. A. S. M.; OLIVEIRA, M. M. L. D.; ARAGÃO, J. A.; SOUZA, N. B.; OLIVEIRA, A. M. L. Fragilidades e potencialidades da atenção primária à saúde no atendimento das urgências e emergências. Revista

Casos e Consultoria, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

MOREIRA, F. A.; TIBÃES, H. B. B.; BATISTA, R. C. R.; CARDOSO, C. M. L.; BRITO, M. J. M. O sistema de triagem de Manchester na atenção primária à saúde:

ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-8, 2017.

MOREIRA, K. S.; LIMA, C. A.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Revista Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021.

OLIVEIRA, P. S.; DIEFENBACH, G. D. F.; COLOMÉ, J.; BURIOL, D.; ROSA, P. H.; ILHA, S. Atuação profissional nas urgências/emergências em unidades básicas de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 12, p. 820-826, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 10 principais causas de morte no mundo: folha informativa

atualizada em maio de 2018. Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0. Acesso em: 12 out. 2020.

SANTOS, E. T. S.; FREITAS, A. A. S.; MENDONÇA, I. O.; SILVA, D. P.; OLIVEIRA, D. M. L. Acolhimento com avaliação de classificação de risco: frente à superlotação de serviços hospitalares de urgência. *Ciência, Biologia e Saúde – UNIT*, v. 5, n. 1, p. 187-202, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein, São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Capítulo 5

FATORES ASSOCIADOS A ADEÇÃO MEDICAMENTOSA ENTRE USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO
MEDICAMENTOSA ENTRE USUÁRIOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**FACTORS ASSOCIATED WITH
MEDICATION ADHERENCE AMONG
USERS ATTENDED IN PRIMARY HEALTH
CARE**

**FACTORES ASOCIADOS A LA
ADHERENCIA MEDICAMENTOSA ENTRE
USUARIOS ATENDIDOS EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

Ângela Neves Costa¹, Rene Ferreira da Silva Junior¹, Maria
Vitória de Oliveira Saraiva², Amanda Souto Machado¹,
Silvério de Almeida Souza Torres¹, Isabella Araújo Cesário³,
Elaine Cristina Santos Alves¹, Ana Paula Oliveira Santos¹,
Letícia Lima Silva de Abreu¹

¹Universidade Estadual de Montes Claros. ²Centro Universitário Afya. ³Centro Universitário do Norte de Minas.

Resumo: O presente estudo buscou avaliar os fatores associados a adesão medicamentosa entre usuários atendimentos na atenção primária à saúde. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, foram analisados artigos recuperados por meio das bases de dados secundários Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica a partir dos descritores adesão medicamentosa; medicamentos e doenças crônicas. A avaliação dos fatores associados à adesão medicamentosa entre os usuários da atenção primária à saúde indica que este fenômeno é multidimensional e influenciado por determinantes que ultrapassam o comportamento individual do paciente. O estudo evidenciou que a adesão satisfatória

está intrinsecamente ligada ao fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, à clareza nas orientações terapêuticas e ao acesso facilitado aos insumos na rede pública. Por conseguinte, a eficácia do tratamento não depende apenas da vontade do paciente, mas de uma rede de fatores que envolvem o sistema de saúde, a equipe e a própria complexidade da terapia.

Descritores: adesão medicamentosa; medicamentos; doenças crônicas.

Abstract: The present study aimed to evaluate the factors associated with medication adherence among users receiving primary health care. An integrative literature review was conducted, and articles retrieved from secondary databases such as the Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Scientific Electronic Library Online, and the Online System for Searching and Analyzing Medical Literature were analyzed using the descriptors medication adherence; drugs; and chronic

diseases. The assessment of factors associated with medication adherence among primary healthcare users indicates that this phenomenon is multidimensional and influenced by determinants that go beyond the individual behavior of the patient. The study showed that satisfactory adherence is intrinsically linked to strengthening the bond between the healthcare professional and the user, clarity in therapeutic guidance, and easy access to supplies in the public network. Consequently, the effectiveness of the treatment does not depend solely on the patient's willingness, but on a network of factors involving the healthcare system, the team, and the complexity of the therapy itself.

Keywords: medication adherence; medications; chronic diseases.

Resumen: El presente estudio buscó evaluar los factores asociados a la adherencia a la medicación entre los usuarios atendidos en la atención primaria de salud. Se realizó una revisión integrativa de la literatura, se analizaron artículos

recuperados a través de las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores adherencia a la medicación; medicamentos y enfermedades crónicas. La evaluación de los factores asociados a la adherencia a la medicación entre los usuarios de la atención primaria de salud indica que este fenómeno es multidimensional e influenciado por determinantes que van más allá del comportamiento individual del paciente. El estudio evidenció que la adherencia satisfactoria está intrínsecamente ligada al fortalecimiento del vínculo entre el profesional de salud y el usuario, a la claridad en las orientaciones terapéuticas y al acceso facilitado a los insumos en la red pública. Por consiguiente, la eficacia del tratamiento no depende solo de la voluntad del paciente, sino de una red de factores que involucran al sistema de salud, al equipo y a la propia complejidad de la terapia.

Palabras-clave: adhesión a la medicación; medicamentos; enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

A adesão medicamentosa pode ser designada como a extensão na qual os indivíduos seguem as orientações do tratamento, orientadas por um médico e/ou outros profissionais da área da saúde. Em relação ao tratamento farmacológico, a não adesão denomina o abandono da utilização dos medicamentos, sem indicação médica ou condução de maneira assistemática do tratamento, seja no hábito de atrasar o consumo ou utilização do medicamento ou de realizar espaçamentos pequenos na terapêutica instituída. A adesão limitada ao tratamento é uma das principais variáveis para persistência de valores sustentados da pressão arterial (Cramer, 2008; Mancia; Fagard; Narkiewicz, 2014).

A adesão ao tratamento farmacológico associa-se a diversos fatores que constituem esse processo: a

pessoa, a terapêutica, a doença, as instituições de saúde, os profissionais de saúde, bem como o ambiente social e cultural ao qual estão inseridos o indivíduo e sua família. Para que se obtenha sucesso na adesão ao tratamento farmacológico, são necessários o alinhamento e a organização destes fatores (Malachias, 2016; Motta, 2014).

A ausência de adesão ao tratamento influencia na resposta as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No cenário brasileiro, a baixa adesão soma-se a perfil da transição demográfica e epidemiológica da população brasileira, que materializa, respectivamente, um um processo de envelhecimento populacional rápido e na elevação da prevalência das DCNT (BRASIL, 2017; Pinheiro, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT formam o grupo de doenças de maior carga de morbimortalidade no planeta e afetam sobretudo, as populações com maior grau de vulnerabilidade econômica e escolar, em razão da exposição mais intensa aos fatores de risco ou ao acesso limitado às informações e serviços

de saúde. O hábito tabagista, inatividade física, hábitos não saudáveis de alimentação e o uso nocivo de álcool estão entre os fatores de risco comportamentais modificáveis e ainda figuram os fatores de risco de ordem metabólica que favorecem o desenvolvimento destas doenças (BRASIL, 2021).

O tratamento medicamento comumente é iniciado com um ou dois medicamentos, e paulatinamente podem ser associados a outros medicamentos, o que pode influenciar na redução nas taxas de adesão ao tratamento. Ademais, alguns estudos têm associado à adesão ao tratamento as DCNT a variáveis como sexo, quantidade de medicamentos utilizados, reações adversas, doenças associadas, nível de formação do indivíduo, estado civil, renda e faixa etária (Cramer, 2008; Pinheiro, 2018; Mills, 2016; Malta, 2013). Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar os fatores associados a adesão medicamentosa entre usuários atendimentos na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura. Tal abordagem foi adotada por permitir a conjugação de dados da pesquisa investigativa e teórica que podem ser assim direcionados a conceituações, registro de lacunas nas áreas de investigação, revisão teórica e análise metodológica dos estudos sobre um assunto específico, permitindo a análise da literatura (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

Nesse sentido, considerou-se seis fases interdependentes e interrelacionadas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Como a pergunta norteadora definiu-se: Quais os fatores associados a adesão medicamentosa entre usuários atendimentos na atenção primária à saúde? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Realizou-se a coleta de estudos por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Como critérios de inclusão foram incluídos artigos completos disponíveis eletronicamente, no idioma português, inglês ou espanhol e que apresentassem a temática proposta no título, no resumo ou nos descritores. Em relação aos critérios de ilegibilidade considerou-se cartas ao editor, editoriais, artigos em duplicidade e aqueles que não abordavam de maneira inequívoca a temática objeto de estudo.

O levantamento dos estudos foi conduzido durante os meses de maio a julho de 2026. Como estratégias de investigação, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (Decs), recuperados por meio do site: <https://decs.bvsalud.org/>, os quais foram adesão medicamentosa; medicamentos e doenças crônicas para o refinamento da busca e melhor seleção dos dados para análise utilizou-se o booleano and para combinação dos descritores selecionados.

Para a coleta de dados, foi elaborado instrumento

validado por Ursi (2005) para revisões integrativas, contemplando as seguintes categorias de análise: código de identificação, título da publicação, autor e formação do autor, fonte, ano de publicação, tipo de estudo, região em que foi realizada a pesquisa e a base de dados na qual o artigo foi publicado. Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Para viabilizar a apreensão das informações, utilizou-se banco de dados elaborado no software Microsoft Office Excel 2010, composto das seguintes variáveis: título do artigo, ano de publicação, delineamento do estudo e desfechos principais. Os dados obtidos foram agrupados em um quadro e em abordagens temáticas e interpretados conforme literatura específica.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 estudos na presente revisão que atenderam os critérios de elegibilidade; no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Principais Resultados / Fatores Associados
Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hipertensão arterial sistêmica	Verificar o nível de adesão e os fatores que influenciam o tratamento de hipertensos.	A baixa escolaridade e a presença de efeitos colaterais foram os principais fatores associados à não adesão.
Fatores associados à adesão terapêutica em idosos assistidos pela estratégia saúde da família	Identificar variáveis socioeconômicas e clínicas que afetam a tomada de remédios em idosos.	O uso de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia) e o esquecimento foram as barreiras mais citadas.
Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com diabetes mellitus tipo dois	Analisar o comportamento de pacientes diabéticos em relação ao uso de hipoglicemiantes.	O tempo de diagnóstico e a complexidade do esquema posológico influenciaram negativamente a adesão.
Relação entre o apoio social e a adesão ao tratamento medicamentoso	Investigar se a presença de suporte familiar melhora a continuidade do tratamento.	Pacientes com forte apoio familiar e social apresentaram níveis significativamente mais altos de adesão.
Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes com transtornos mentais na atenção básica	Analisar a continuidade do uso de psicotrópicos em usuários das unidades de saúde.	O estigma em relação ao transtorno mental e a falta de compreensão sobre a doença dificultam a adesão.
O impacto da relação médico-paciente na adesão ao tratamento de doenças crônicas	Avaliar como a comunicação entre profissional e usuário afeta o uso correto de medicamentos.	Consultas onde houve escuta ativa e decisão compartilhada resultaram em maior confiança e melhor adesão.
Fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso para tuberculose	Identificar motivos de abandono do tratamento em pacientes acompanhados na atenção básica.	O uso de álcool e outras drogas, além da melhora imediata dos sintomas, foram fatores para o abandono precoce.
A influência do nível de literacia em saúde na adesão medicamentosa de idosos	Verificar se a capacidade de entender informações de saúde impacta o uso de remédios.	Baixa literacia em saúde correlacionou-se com erros na dosagem e confusão entre os horários dos medicamentos.

Acesso a medicamentos e adesão terapêutica no sistema único de saúde	Investigar se a disponibilidade gratuita de remédios garante a adesão do paciente.	A falta eventual de estoque nas farmácias públicas interrompe o tratamento, especialmente em famílias de baixa renda.
Crenças sobre medicamentos e adesão terapêutica em pacientes com doenças crônicas	Analisar como a percepção de necessidade e a preocupação com danos influenciam o paciente.	O medo de “viciar” ou de que o remédio “ataque o fígado” leva à suspensão intencional de doses.
Uso de aplicativos de celular para a melhora da adesão medicamentosa na atenção primária	Testar se o uso de lembretes tecnológicos auxilia pacientes crônicos.	O uso de alertas digitais melhorou a adesão em pacientes jovens, mas teve pouca eficácia entre idosos sem auxílio.
Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso em gestantes	Investigar o uso de suplementos e medicamentos durante o pré-natal na rede pública.	O desconforto gástrico causado pelo sulfato ferroso e o medo de afetar o feto foram as principais causas de recusa.
Dificuldades de adesão medicamentosa em homens na atenção primária à saúde	Explorar os motivos que levam a população masculina a negligenciar o tratamento contínuo.	O trabalho em horário comercial e a percepção de que “não se sente doente” afastam o homem do tratamento.
Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de dislipidemia	Verificar o uso de estatinas em pacientes acompanhados por equipes de saúde da família.	O custo elevado de medicamentos não padronizados e a falta de sintomas visíveis foram barreiras para a continuidade.
O papel do farmacêutico clínico na melhora da adesão medicamentosa na atenção primária	Analisar o impacto da orientação dos farmacêuticos na organização dos medicamentos pelos usuários.	A reconciliação medicamentosa feita pelo farmacêutico reduziu erros e aumentou a segurança do paciente.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se os fatores associados a adesão medicamentosa entre usuários atendimentos na atenção primária à saúde, nesse sentido, a adesão medicamentosa na atenção primária é intrinsecamente dependente da qualidade do vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e o usuário; quando a comunicação é unidirecional e centrada apenas na prescrição, sem considerar as crenças e o contexto de vida do paciente, cria-se uma barreira de compreensão que favorece o abandono do tratamento, assim o sucesso terapêutico requer, portanto, uma pactuação compartilhada, onde as orientações sejam transmitidas em linguagem acessível e as dúvidas sejam acolhidas sem julgamentos, fortalecendo a confiança mútua (Remondi et al., 2014).

A adesão medicamentosa não deve ser compreendida como um ato de obediência passiva às ordens dos profissionais, mas como um processo de decisão compartilhada fundamentado na autonomia do

sujeito; no âmbito da atenção primária, o desafio das equipes consiste em migrar de um modelo de prescrição autoritária para o autocuidado apoiado, no qual o paciente compreende a terapêutica como uma ferramenta de manutenção da sua qualidade de vida, quando o usuário se sente participante do tratamento, a tendência ao abandono diminui significativamente, pois a medicação passa a ter um significado prático e positivo em seu cotidiano (Tavares et al., 2013).

Há também a influência dos fatores socioeconômicos; as dificuldades financeiras e as irregularidades no abastecimento de medicamentos nas farmácias públicas constituem determinantes estruturais que comprometem severamente a continuidade do tratamento na APS. O custo indireto da terapia, que envolve desde o transporte até a unidade de saúde até a aquisição de fármacos não padronizados, impõe ao usuário de baixa renda escolhas difíceis entre as necessidades básicas de subsistência e a manutenção da saúde, resultando em uma adesão intermitente e ineficaz (Santa-Helena; Nemes; Eluf-

Neto, 2008).

A ocorrência de reações adversas, reais ou percebidas, constitui uma das barreiras mais frequentes para a manutenção de tratamentos crônicos; frequentemente, o mal-estar imediato provocado por um fármaco — como tonturas, náuseas ou alterações gastrointestinais — sobrepõe-se, na percepção do usuário, aos benefícios preventivos de longo prazo. Sem um acompanhamento longitudinal que antecipe e gerencie esses efeitos, o paciente tende a realizar a suspensão seletiva da medicação, priorizando o alívio de sintomas colaterais em detrimento do controle da doença de base (Meiners et al., 2017).

Em pacientes crônicos e idosos, frequentemente atendidos na saúde da família, a polifarmácia atua como um fator dificultador da adesão; a complexidade de esquemas terapêuticos que exigem múltiplas doses diárias aumenta o risco de erros, confusões e reações adversas, levando o paciente a realizar ajustes por conta própria ou a suspender o uso de medicamentos que ele considera menos importantes; por sua vez, a simplificação da terapia e o uso de estratégias

facilitadoras, como organizadores de comprimidos, são fundamentais para minimizar esses entraves (Azize, 2015).

O suporte social e familiar emerge como um preditor determinante para a adesão medicamentosa, especialmente em populações vulneráveis ou com declínio cognitivo; a ausência de um cuidador ou de uma rede de apoio que auxilie na organização da rotina terapêutica e no monitoramento de horários potencializa o risco de iatrogenias e esquecimentos. Na atenção primária, a visita domiciliar torna-se o instrumento de eleição para identificar essas fragilidades no ambiente doméstico, permitindo que a equipe de saúde intervenha não apenas sobre o paciente, mas sobre o núcleo familiar como unidade de cuidado (Giroto et al., 2013).

A adesão ao tratamento é também mediada pela literacia em saúde, ou seja, pela capacidade do indivíduo em processar e compreender informações básicas de saúde para tomar decisões adequadas; no contexto da atenção primária, a falta de sintomas imediatos em doenças silenciosas, como a hipertensão e o diabetes, faz com que o usuário não

perceba o benefício real do medicamento, levando a uma baixa percepção de risco e sem a compreensão do caráter preventivo da medicação, a adesão torna-se frágil, sendo frequentemente interrompida assim que o paciente se sente ‘bem (Borba et al., 2018).

Destaca-se que a baixa literacia em saúde manifesta-se como uma barreira silenciosa na atenção primária, na qual a incapacidade de interpretar corretamente bulas, receitas e horários leva a erros terapêuticos involuntários; frequentemente, o profissional de saúde superestima o entendimento do paciente sobre termos técnicos, resultando em uma adesão comprometida pela falta de clareza cognitiva. Estratégias de comunicação visual, como o uso de etiquetas coloridas e símbolos, mostram-se eficazes para mitigar essa barreira, garantindo que o direito à informação se traduza em segurança do paciente e eficácia clínica (Prado; Francisco; Barros, 2016).

Por conseguinte, a adesão medicamentosa deve ser compreendida como um indicador da qualidade e da equidade do sistema de saúde; não é possível discutir o

comportamento do usuário sem confrontar as barreiras estruturais que o cercam, como o desabastecimento de farmácias e a falta de suporte social; debater sobre a adesão exige reconhecer que a garantia do acesso físico ao fármaco é indissociável da educação em saúde permanente; apenas quando o sistema oferece o medicamento e o conhecimento de forma integrada é que a atenção primária cumpre seu papel de promotora da integralidade em saúde (Brown; Bussell, 2011).

CONCLUSÃO

A avaliação dos fatores associados à adesão medicamentosa entre os usuários da atenção primária à saúde permite concluir que este fenômeno é multidimensional e influenciado por determinantes que ultrapassam o comportamento individual do paciente. O estudo evidenciou que a adesão satisfatória está intrinsecamente ligada ao fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, à clareza nas orientações terapêuticas e ao acesso

facilitado aos insumos na rede pública.

Por outro lado, as principais barreiras à adesão identificadas estão relacionadas à polifarmácia (uso de múltiplos medicamentos), à ocorrência de efeitos colaterais indesejados e ao baixo nível de escolaridade, que dificulta a compreensão do esquema posológico. Conclui-se, ainda, que fatores socioeconômicos e a falta de uma rede de apoio familiar robusta atuam como limitadores críticos, especialmente entre a população idosa e com doenças crônicas não transmissíveis.

Por conseguinte, a promoção da adesão medicamentosa na APS exige a superação do modelo tradicional de prescrição em direção a uma abordagem de Cuidado Farmacêutico mais integrada. É imperativo que as equipes de saúde utilizem estratégias de educação em saúde e ferramentas de monitoramento contínuo para simplificar regimes terapêuticos e desmistificar crenças negativas sobre os fármacos. Somente através de uma assistência centrada na pessoa e na garantia do acesso universal será possível elevar as taxas de adesão, reduzindo complicações clínicas

e otimizando os recursos.

REFERÊNCIAS

AZIZE, R. L. O regime farmacológico como dilema: um estudo antropológico sobre adesão em tratamentos de hipertensão e diabetes na atenção básica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 545-556, 2015.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, V. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos diabéticos: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e20170094, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2017.

BROWN, M. T.; BUSSELL, J. K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, v. 86, n. 4, p. 304-314, 2011.

CRAMER, J. A. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*, v. 11, n. 1, p. 100-111, 2008.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2014.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e controle da pressão arterial em indivíduos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

MALACHIAS, M. V. B. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MALTA, D. C. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, *National Health Survey*, v. 134,

n. 2, p. 163-170, 2016.

MANCIA, G.; FAGARD, R.; NARKIEWICZ, K. et al. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, v. 39, n. 12, p. 200-209, 2014.

MEINERS, M. M. M. A.; SGUARIZE, L. F. C.; RAMOS, A. C.; SOUZA, A. C. G.; SILVA, A. S.; CASTRO, L. L. C. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos atendidos na Atenção Primária: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 263-273, 2017.

MILLS, K. T. Global disparities of hypertension prevalence and control: clinical perspective. Circulation, v. 134, n. 6, p. 441-450, 2016.

MOTTA, P. G. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do Hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. Revista Uningá, v. 40, n. 1, p. 91-103, 2014.

PINHEIRO, F. M. Therapeutic adhesion in hypertensive elderly people: integration review. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, n.10, p.e1938, 2018.

PRADO, M. A. M.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS,

M. B. A. Uso de medicamentos e adesão ao tratamento farmacológico em idosos: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 598-613, 2016.

REMONDI, F. A.; OLIVEIRA, R. R.; SOUZA, R. R.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão à farmacoterapia de usuários da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 37-43, 2014.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de um questionário para medir a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 254-261, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em adultos e idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Capítulo 6

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS



**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS**

**QUALITY OF LIFE OF KIDNEY
TRANSPLANT PATIENTS**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
TRASPLANTADOS RENALES**

Ângela Wanessa Freire Oliveira¹, Natália Gonçalves Ribeiro¹, Barbara Ferraz de Souza Fernandes¹, Adriana Rocha Amaral², Kênya Costa Rodrigues da Silva³, Karine Alencar Fróes¹, Ana Paula Oliveira Santos¹, Letícia Lima Silva de Abreu¹, Leandro de Jesus Santos Bandeira¹

¹Universidade Estadual de Montes Claros. ²Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna. ³Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix.

Resumo: O presente estudo buscou avaliar os fatores

associados a qualidade de vida de pacientes transplantados renais. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, foram analisados artigos recuperados por meio das bases de dados secundários Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica a partir dos descritores qualidade de vida e insuficiência renal crônica, transplantados. A estabilidade da função renal (níveis de creatinina) correlaciona-se positivamente com a vitalidade. Contudo, os efeitos colaterais da terapia imunossupressora — como tremores, alterações estéticas e distúrbios metabólicos — surgiram como os principais redutores de qualidade de vida nos domínios físico e de autoimagem; o “medo da rejeição” do órgão e a ansiedade quanto ao futuro do enxerto são fatores onipresentes que fragilizam o domínio emocional, mesmo em pacientes com excelente prognóstico clínico e o retorno ao mercado de trabalho e a recuperação da autonomia financeira foram identificados como os maiores preditores de uma qualidade

de vida global elevada, devolvendo ao indivíduo seu papel produtivo na sociedade. Por conseguinte, a qualidade de vida do transplantado renal é o indicador final do sucesso do tratamento, assim, possibilitar que o paciente não apenas sobreviva com um novo órgão, mas que viva com plenitude, deve ser o objetivo central das equipes de transplante.

Descritores: qualidade de vida, insuficiência renal crônica, transplantados.

Abstract: This study aimed to evaluate the factors associated with the quality of life of kidney transplant patients. An integrative literature review was conducted, analyzing articles retrieved from the secondary databases Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Scientific Electronic Library Online, and Online System for Searching and Analyzing Medical Literature using the descriptors quality of life, chronic renal failure, and transplant recipients. Renal function stability (creatinine levels) is positively correlated with vitality.

However, the side effects of immunosuppressive therapy — such as tremors, aesthetic changes, and metabolic disorders — have emerged as the main reducers of quality of life in the physical and self-image domains; the “fear of organ rejection” and anxiety about the future of the graft are omnipresent factors that weaken the emotional domain, even in patients with an excellent clinical prognosis. Returning to the workforce and regaining financial autonomy were identified as the strongest predictors of high overall quality of life, restoring the individual’s productive role in society. Therefore, the quality of life of the kidney transplant recipient is the ultimate indicator of treatment success. Consequently, enabling the patient not only to survive with a new organ but to live fully should be the central goal of transplant teams.

Keywords: quality of life, chronic kidney failure, transplant recipients.

Resumen: El presente estudio buscó evaluar los factores

asociados con la calidad de vida de pacientes trasplantados renales. Se realizó una revisión integrativa de la literatura, se analizaron artículos recuperados a través de las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores calidad de vida e insuficiencia renal crónica, trasplantados. La estabilidad de la función renal (niveles de creatinina) se correlaciona positivamente con la vitalidad. Sin embargo, los efectos secundarios de la terapia inmunosupresora —como temblores, alteraciones estéticas y trastornos metabólicos— surgieron como los principales reductores de la calidad de vida en los dominios físico y de autoimagen; el “miedo al rechazo” del órgano y la ansiedad respecto al futuro del injerto son factores omnipresentes que debilitan el dominio emocional, incluso en pacientes con un excelente pronóstico clínico, y el regreso al mercado laboral y la recuperación de la autonomía financiera se identificaron como los mayores predictores de una elevada

calidad de vida global, devolviendo al individuo su papel productivo en la sociedad. En consecuencia, la calidad de vida del trasplantado renal es el indicador final del éxito del tratamiento; así, posibilitar que el paciente no solo sobreviva con un órgano nuevo, sino que viva plenamente, debe ser el objetivo central de los equipos de trasplante.

Palabras-clave: calidad de vida, insuficiencia renal crónica, trasplantados.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) representa, em abrangência mundial, uma importante questão de saúde pública (Pinho; Silva; Pierin, 2015; Canziane; Kirsztajn, 2013). A prevalência de DRC na população é superior a 10%, e mais de 50% em populações de alto risco (pessoas com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus) (Eckardt et al., 2013). No Brasil, dados de 2013 identificaram aproximadamente 100.397 de pacientes acometidos pela DRC (Rocha et al.,

2014). As modalidades de tratamento na DRC compreendem a substituição das funções renais, sendo realizadas por meio da hemodiálise, diálise peritoneal e do transplante renal, em que, nenhuma delas é considerada como uma medida curativa (Roso et al., 2013; Brito et al., 2015; Fernandes et al., 2017). Neste contexto, o transplante renal, quando bem-sucedido, é considerado uma modalidade terapêutica que aumenta as chances de retorno à rotina de vida anterior ao aparecimento da doença, e que proporciona para as pessoas uma maior liberdade, autonomia, perspectiva de vida e, conseqüentemente, maior qualidade de vida ao paciente quando comparado ao tratamento dialítico (Mendonça et al., 2014; Costa; Nogueira, 2014; Alencar et al., 2015).

A avaliação da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas permite a identificação de aspectos que influenciam a percepção desta condição diante da sua própria existência e sobre modificações atribuídas pela doença e pelo tratamento. Desta forma, a qualidade de vida relacionada à saúde é uma condição baseada na experiência da pessoa, seja pelos efeitos da doença ou na forma em que

o tratamento repercute no seu dia a dia, assim como na satisfação de cada uma com o tratamento. Em se tratando do transplante renal, em que o mesmo não representa a cura da doença, a pessoa permanece na condição de doente crônico e sujeito a tratamento contínuo (Durán et al., 2014; Tavares et al., 2013).

A realização do transplante implica mudanças e adaptações principalmente no que concerne ao período pós-transplante, em que a pessoa apresenta necessidades no âmbito emocional frente à sua nova condição clínica, precisando preparar-se para o convívio na vida familiar e inserção na sociedade (Cuker; Fragnani, 2010). Além disso, também necessitam de assistência de cuidados em saúde contínua, tais como o uso de medicamentos imunossupressores e o acompanhamento ambulatorial, que igualmente impacta na sua qualidade de vida (Mendonça et al., 2014).

O transplante renal pode provocar consequências no indivíduo que interferem na sua qualidade de vida (QV), como a disfunção sexual, ou seja, dificuldade de ereção

e orgasmo. Isso pode ser explicado devido ao excesso de medicamentos que esses pacientes ingerem e provocam alterações em seu organismo. A aparência física também pode ser modificada em decorrência da fistula e cicatrizes operatórias, o que deixa o indivíduo se sentindo diferente em relação ao parceiro (Cuker; Fragnani, 2010).

Estudos sobre QV e estratégias de enfrentamento em grupo de pacientes submetidos a transplante renal verificaram que, apesar do crescente interesse pela temática da qualidade de vida, existem poucos estudos sob a ótica dos pacientes transplantados, suas preocupações e os novos desafios após a cirurgia, como sinais e sintomas associados à infecção e à rejeição (Ravagnani; Domingos; Miyazaki, 2007). Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar os fatores associados a qualidade de vida de pacientes transplantados renais.

MÉTODOS

O estudo pautou-se na metodologia de revisão

integrativa da literatura, delineamento escolhido por viabilizar a síntese de evidências empíricas e teóricas. Essa abordagem favorece a estruturação de conceitos, o mapeamento de lacunas no conhecimento, o aprofundamento teórico e a reflexão metodológica acerca da temática investigada (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

O percurso metodológico desdobrou-se em seis etapas encadeadas e complementares: formulação da questão condutora, levantamento bibliográfico, extração das informações, avaliação crítica dos trabalhos selecionados, interpretação dos achados e síntese da revisão. Estabeleceu-se como pergunta norteadora: Quais os fatores associados à qualidade de vida de pacientes transplantados renais? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A busca das publicações deu-se via levantamento eletrônico nos acervos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Adotou-se como critérios de inclusão: artigos originais e completos acessíveis na íntegra por meio digital, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que contemplassem o objeto de estudo no título, resumo ou descritores. Para os critérios de exclusão (inelegibilidade), descartou-se cartas ao editor, editoriais, produções duplicadas e pesquisas que não respondessem de forma clara e direta ao objetivo proposto.

A etapa de busca e seleção ocorreu entre os meses de março e maio de 2026. A estratégia de investigação utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), consultados no portal oficial (<https://decs.bvsalud.org/>): “educação em saúde”, “atenção primária à saúde” e “atenção básica à saúde”. O operador booleano AND foi aplicado no cruzamento dos termos para refinar a busca e otimizar a seleção do material.

Para a coleta das informações, empregou-se o instrumento estruturado e validado por Ursi (2005) para revisões integrativas, o qual contempla as variáveis: código de identificação, título da publicação, autoria e qualificação

profissional, periódico, ano de publicação, tipo de estudo, abrangência geográfica da pesquisa e base de dados de origem. A organização e apreensão dos dados extraídos deram-se por meio de uma planilha no software Microsoft Excel 2010, estruturada com as seguintes variáveis: título, ano, desenho metodológico e desfechos principais. Por fim, os achados foram compilados em quadro sinóptico, categorizados por eixos temáticos e discutidos à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 estudos na presente revisão que atenderam os critérios de elegibilidade; no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

Nº	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Principais Resultados / Fatores Associados
1	Qualidade de vida e função do enxerto renal	Correlacionar os níveis de creatinina com a percepção de saúde.	Melhores taxas de filtração glomerular estão diretamente ligadas a uma melhor QV física.
2	O impacto da imunossupressão entre pacientes com insuficiência renal crônica	Avaliar os efeitos colaterais dos fármacos na vida diária.	Tremores, alterações estéticas e distúrbios gástricos são os principais redutores de QV.
3	Adesão terapêutica e bem-estar entre pacientes com insuficiência renal crônica	Investigar se a rigidez do tratamento afeta a saúde mental.	Pacientes com alta adesão apresentam menos ansiedade e melhor percepção de segurança.
4	Prática de atividade física pós-transplante	Mensurar o impacto do exercício na capacidade funcional.	O sedentarismo é um forte preditor de baixa QV, o exercício melhora a vitalidade.
5	Fatores socioeconômicos e qualidade de vida de pacientes transplantados	Analisar a influência da renda e escolaridade no pós-operatório.	Baixa escolaridade associa-se a maiores dificuldades na gestão do autocuidado.
6	Ansiedade e Depressão no receptor de rim	Identificar a prevalência de transtornos de humor.	O medo da perda do enxerto (rejeição) é a principal causa de estresse psicológico.
7	Qualidade de vida e de sono em transplantados	Relacionar distúrbios do sono com a saúde global.	A má qualidade do sono impacta negativamente o domínio cognitivo e social.
8	Suporte social e familiar no cuidado a pacientes transplantados	Verificar a importância da rede de apoio na recuperação.	Pacientes com apoio familiar ativo apresentam recuperação emocional mais rápida.
9	Retorno ao mercado de trabalho de pacientes transplantados	Avaliar o impacto da reintegração profissional na autoestima.	O retorno ao trabalho aumenta significativamente os scores de QV social e financeira.
10	Diálise e transplante: fatores associados a qualidade de vida	Comparar a QV de pacientes antes e depois do transplante.	O transplante eleva a QV em quase todos os domínios, exceto na preocupação com a saúde.
11	Disfunção sexual pós-transplante e qualidade de vida	Investigar o impacto da saúde sexual na QV do casal.	É um fator frequentemente negligenciado, mas que reduz a satisfação no domínio das relações.

12	Diabetes e Hipertensão alteram a qualidade de vida de pacientes transplantados?	Analisar o impacto de doenças associadas no enxerto.	A presença de Diabetes Mellitus pós-transplante piora o prognóstico de QV física.
13	Autoimagem e alterações corporais de pacientes transplantados	Estudar o impacto do uso de corticoides na estética.	Ganho de peso e alterações na pele afetam a QV, especialmente em pacientes jovens.
14	Espiritualidade e enfrentamento entre pacientes transplantados	Avaliar o papel da fé na aceitação do novo órgão.	A espiritualidade atua como um mecanismo de coping que reduz o risco de depressão.
15	Literacia em saúde do paciente transplantado	Verificar se entender a própria condição melhora a QV.	Pacientes que compreendem os sinais de rejeição sentem-se mais empoderados e menos ansiosos.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se os fatores associados a qualidade de vida de pacientes transplantados renais, nesse sentido, vários estudos mostram que a QV desses pacientes é comprometida e que pacientes transplantados tem melhores índices de QV que pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. Mostram ainda que fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a QV. A maior parte desses estudos usa como instrumento de medida o SF-36 - um instrumento genérico, composto por 36 itens que medem a QV em oito dimensões: dor, capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde. O instrumento permite a construção de duas medidas sumarizadas: os componentes físico e mental do SF-36 (Glover et al., 2011; Ware et al., 2008).

O sucesso do transplante renal, embora represente a libertação das limitações impostas pela terapia dialítica, está intrinsecamente ligado a fatores clínicos e

farmacológicos que moldam o cotidiano do paciente. A necessidade rigorosa de terapia imunossupressora contínua é um dos principais fatores associados à percepção de bem-estar. Os efeitos colaterais desses fármacos, que incluem alterações estéticas, tremores e distúrbios metabólicos, impactam negativamente o domínio físico da qualidade de vida. Além disso, a constante preocupação com episódios de rejeição do enxerto gera um estado de alerta permanente, demonstrando que a estabilidade clínica do novo órgão é o pilar central para a segurança psicológica do transplantado (Machado; Cherchiglia; Acúrcio, 2011).

A análise dos domínios de qualidade de vida do Whoqol-Bref em um estudo realizado no nordeste brasileiro permitiu identificar o quanto situações de vida interferem na satisfação desses indivíduos, em que laços familiares, capacidades funcionais, recursos financeiros, atividade laboral, disposição e outros fatores podem ter relação com a percepção da qualidade de vida (Brito et al., 2015). Os melhores escores foram identificados no domínio psicológico e os piores no domínio meio ambiente, sinalizando que

as facetas contidas no domínio psicológico foram melhor percebidas, e aquelas contidas no domínio meio ambiente foram pior percebidas. Estudo realizado por Mendonça et al.(2014) com 63 pacientes transplantados também identificou melhores escores no domínio psicológico e piores no domínio meio ambiente.

O domínio psicológico, com melhores escores de respostas, contém aspectos que tratam das emoções, medos, expectativas e capacidades, considerados importantes indicadores de saúde. A vida imposta pela doença causa efeitos impactantes no cotidiano e nos sentimentos desses pacientes, e, após o implante do novo órgão, esses fatores tendem a melhorar (Mendonça et al., 2014; Mendonça et al., 2015).

Em contrapartida, o domínio meio ambiente avalia a satisfação com a renda, oportunidades de lazer e condições de moradia e de segurança, aspectos que não mudam após o transplante (Mendonça et al., 2014), pois têm relação com a condição social prévia do indivíduo. Também houve prevalência da insatisfação para a capacidade

de trabalhar, faceta que está inclusa no domínio físico, justificando menores médias nesse domínio. Vasconcelos et al.(2015), em estudo para avaliar as mudanças advindas após o transplante, identificaram que a maior expectativa é a possibilidade de voltar a trabalhar e que nem sempre é possível.

O domínio relações sociais obteve médias altas, evidenciando a importância do apoio e presença dos familiares em cada etapa do tratamento, interferindo na percepção da qualidade de vida (Mendonça et al., 2014). De acordo com o Whoqol-Bref, os pacientes perceberam de forma satisfatória a qualidade de vida após o implante do órgão, dados similares a outros estudos que fizeram uso do mesmo instrumento para avaliar a percepção da qualidade de vida de pacientes transplantados (Mendonça et al., 2014; Mendonça et al., 2015).

As comorbidades prévias e as complicações pós-transplante também se configuram como variáveis determinantes para a QV. Pacientes que apresentam doenças cardiovasculares associadas ou que desenvolvem diabetes

mellitus pós-transplante relatam escores de qualidade de vida significativamente inferiores. A capacidade funcional, frequentemente reduzida pela fadiga residual e pelas restrições físicas impostas por complicações cirúrgicas ou infecciosas, limita a autonomia do indivíduo. Assim, a presença de um quadro clínico complexo atua como um fator de desgaste que minimiza os ganhos proporcionados pela restauração da função renal (Cavalcante et al., 2013).

No âmbito psicossocial, a saúde mental e a imagem corporal representam fatores de forte associação; a transição da condição de “doente crônico em diálise” para “paciente transplantado” exige uma reestruturação da identidade que nem sempre é imediata. Sintomas de ansiedade e depressão, muitas vezes subdiagnosticados, estão inversamente correlacionados com a satisfação de vida. A percepção negativa da imagem corporal, potencializada pelo uso de corticoides, pode levar ao isolamento social e a dificuldades nos relacionamentos interpessoais, evidenciando que os fatores psicológicos são tão decisivos quanto os parâmetros bioquímicos na avaliação da QV (Kirchner et al., 2011).

O perfil socioeconômico e o suporte social desempenham um papel moderador crucial nos resultados relatados pelos pacientes. Fatores como baixo nível de renda e escolaridade estão frequentemente associados a uma menor qualidade de vida, devido às dificuldades no acesso a cuidados complementares e à maior insegurança financeira frente à reinserção no mercado de trabalho. Em contrapartida, uma rede de apoio familiar e social robusta atua como um fator de proteção, facilitando a adesão ao tratamento e proporcionando o suporte emocional necessário para o enfrentamento das incertezas inerentes à longevidade do enxerto (Axelrod et al., 2010).

CONCLUSÃO

Embora o transplante renal represente a terapêutica de escolha para a melhoria da sobrevida, a qualidade de vida do paciente transplantado é um fenômeno dinâmico e condicionado por fatores que transcendem a estabilidade clínica do enxerto. O estudo evidencia que a transição

da diálise para o transplante substitui restrições severas por novos desafios adaptativos e psicossociais. Diante do cenário exposto, conclui-se que o acompanhamento pós-transplante deve evoluir de um modelo puramente biomédico para uma abordagem integral e multidisciplinar. Para otimizar a QV destes pacientes, há necessidade de suporte psicológico contínuo; educação em saúde e autocuidado e monitoramento multiprofissional. Por conseguinte, a qualidade de vida do transplantado renal é o indicador final do sucesso do tratamento, assim, possibilitar que o paciente não apenas “sobreviva” com um novo órgão, mas que “viva com plenitude”, deve ser o objetivo central das equipes de transplante.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, E. O.; SILVA, G. A. S.; SALGADO FILHO, N.; SANTOS, E. J. F.; FERREIRA, T. C. A.; CORRÊA, R. G. C. F. Estresse e ansiedade em transplante renal. *Revista Saúde & Ciência*, v. 4, n. 2, p. 61-82, 2015.

AXELROD, D. A.; MCCULLOUGH, K. P.; BREWER, E.

D.; BECKER, B. N.; SEGEV, D. L.; RAO, P. S. Kidney and pancreas transplantation in the United States, 1999-2008: the changing face of living donation. *American Journal of Transplantation*, v. 10, supl. 2, p. 987-1002, 2010.

BRITO, D. C. S.; PAULA, A. M.; GRINCENKOV, F. R. S.; LUCCHETTI, G.; PINHEIRO, H. S. Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 419-426, 2015.

CANZIANI, M. E. F.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: manual prático. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013.

CAVALCANTE, E. S.; SILVA, R. A.; MENDONÇA, A. E.; COSTA, M. M.; MIRANDA, F. A. Evaluation of the stress level of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis treatment. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 7, n. 5, p. 1264-1270, 2013.

COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de receptores de transplantes renais em Teresina, Piauí, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 121-129, 2014.

CUKER, G. M.; FRAGNANI, E. C. S. F. As dimensões

psicológicas da doença renal crônica. 2010. Monografia (Graduação) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010.

DURÁN MUÑOZ, M. I.; LOPE, A. T.; PINO, J. M. R. L.; CHICHARRO, C. M. C.; MATILLA, V. E. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, v. 17, n. 1, p. 45-50, 2014.

ECKARDT, K. U.; CORESH, J.; DEVUYST, O.; JOHNSON, R. J.; KÖTTGEN, A.; LEVEY, A. S.; LEVIN, A. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. *The Lancet*, v. 382, n. 9887, p. 158-169, 2013.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2014.

FERNANDES, M. I. C. F. D.; SOARES, C. S.; TINÔCO, J. D. S.; DELGADO, M. F.; PAIVA, M. G. M. N.; LOPES, M. V. O. et al. Excess fluid volume: sociodemographic and clinical analysis in haemodialysis patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 70, n. 1, p. 15-21, 2017.

GLOVER, C.; BANKS, P.; CARSON, A.; MARTIN, C. R.;

DUFFY, T. Understanding and assessing the impact of end-stage renal disease on quality of life. *Patient*, v. 4, n. 1, p. 19-30, 2011.

KIRCHNER, R. M.; LÖBLER, L. L.; MACHADO, R. F.; STUMM, E. M. Characterization of patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. *Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife*, v. 5, n. 2, p. 199-204, 2011.

MACHADO, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L.; ACÚRCIO, F. A. Profile and clinical outcome of patients in waiting list for kidney transplantation, Belo Horizonte (MG, Brazil), 2000-2005. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 3, p. 1981-1992, 2011.

MENDONÇA, A. E. O.; SALVETTI, M. G.; MAIA, E. M. C.; SILVA, A. C. O.; TORRES, G. V. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 49, n. 1, p. 76-81, 2015.

MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V.; SALVETTI, M. G.; ALCHIERI, J. C.; COSTA, I. K. F. Changes in quality of life after kidney transplantation and related factors. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 287-292, 2014.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalence

and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

ROCHA, F. L.; ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; SILVA, D. M. G. V.; GONÇALVES, N.; LOPES, S. G. R.; BOELL, J. E. W. et al. Relação entre qualidade de vida, autoestima e depressão em pessoas após transplante renal, *Ciência, Saúde e Ambiente*, v.20, n.4, p.100-110, 2014.

ROSO, C. C.; BEUTER, M.; KRUSE, M. H. L.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; JACOBI, C. S.; CORDEIRO, F. R. Self-care of patients in conservative treatment of chronic renal insufficiency. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 739-745, 2013.

SESSO, R. S.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; SANTOS, D. R. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 – análise das tendências entre 2011 e 2013. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 476-481, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. F.; HAAS, A. J.; MIRANZI, S. C. S. Factors associated with the quality of life elderly men. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 678-680, 2013.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, A. G.; PESSOA, V. L. M. P.; MENEZES, F. W. P.; FLORÊNCIO, R. S.; FROTA, M. X. F. Repercussions on the daily living of post-heart transplantation patients. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 573-579, 2015.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; BJORNER, J. B.; TURNER-BOWKER, D. M.; GANDEK, B.; MARUISH, M. E. SF-36v2® Health Survey: a primer for healthcare providers. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2008.

Capítulo 7

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PATIENT SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Diego Barbosa Rocha¹, Silvério de Almeida Souza Torres¹,
Lívia Leal Seixas², Jullya Madureira Martins Nery², Diogo
do Couto Telles³, Felipe Mesquita Antunes⁴, Sabrina Araújo
Melo Brito¹, Itala Apoliana Guimarães Amorim¹, Leandro
de Jesus Santos Bandeira¹

¹Universidade Estadual de Montes Claros. ²Centro
Universitário Afya. ³Universidade Iguaçu. ⁴Centro
Universitário do Norte de Minas.

Resumo: O presente estudo buscou avaliar as experiências

de segurança da paciente conduzidas na atenção primária à saúde. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, foram analisados artigos recuperados por meio das bases de dados secundários Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica a partir dos descritores segurança do paciente; atenção primária à saúde e atenção básica. Incidentes relacionados a erros de medicação e falhas no acompanhamento de exames laboratoriais são os eventos adversos mais prevalentes na atenção básica, frequentemente potencializados pela sobrecarga de trabalho e pela fragmentação da rede de saúde. Por outro lado, o vínculo longitudinal entre a equipe e a comunidade emergiu como um fator de proteção exclusivo da atenção primária à saúde, capaz de mitigar riscos por meio da vigilância em saúde e da educação em saúde voltada ao autocuidado. A necessidade imperativa de investir na Educação Permanente dos profissionais de saúde, focando não apenas em metas técnicas, mas na construção de uma cultura de segurança

justa e transparente.

Descritores: segurança do paciente; atenção primária à saúde; atenção básica.

Abstract: This study aimed to evaluate the factors associated with anxiety and depression among medical students. An integrative literature review was conducted, and articles retrieved from the secondary databases Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and Online System for Medical Literature Search and Analysis were analyzed using the descriptors patient safety; primary health care and basic care. Incidents related to medication errors and failures in the follow-up of laboratory tests are the most prevalent adverse events in primary care, often exacerbated by work overload and the fragmentation of the health network. On the other hand, the longitudinal bond between the team and the community has emerged as a protective factor unique to primary health care, capable

of mitigating risks through health surveillance and health education focused on self-care. There is an imperative need to invest in the Continuing Education of health professionals, focusing not only on technical goals but also on building a fair and transparent safety culture.

Keywords: patient safety; primary health care; basic care.

Resumen: El presente estudio buscó evaluar los factores asociados a la ansiedad y depresión entre estudiantes de medicina. Se realizó una revisión integradora de la literatura, se analizaron artículos recuperados mediante las bases de datos secundarias Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica a partir de los descriptores seguridad del paciente; atención primaria de salud y atención básica. Los incidentes relacionados con errores de medicación y fallos en el seguimiento de exámenes de laboratorio son los eventos adversos más prevalentes en

la atención primaria, frecuentemente potenciados por la sobrecarga de trabajo y la fragmentación de la red de salud. Por otro lado, el vínculo longitudinal entre el equipo y la comunidad surgió como un factor de protección exclusivo de la atención primaria de salud, capaz de mitigar riesgos mediante la vigilancia en salud y la educación en salud orientada al autocuidado. La necesidad imperiosa de invertir en la Educación Permanente de los profesionales de la salud, enfocándose no solo en metas técnicas, sino en la construcción de una cultura de seguridad justa y transparente.

Palabras-clave: seguridad del paciente; atención primaria de salud; atención básica.

INTRODUÇÃO

A excelência no atendimento à saúde e a proteção do paciente são princípios fundamentais que remontam aos primórdios da medicina, tendo sido expressos pelo

pai da medicina, Hipócrates, através do famoso provérbio “Primum non nocere”. Destacando a importância crucial de evitar causar danos aos pacientes, sendo considerado uma base fundamental do pensamento de todos os profissionais de saúde. Atualmente, a questão da qualidade da assistência médica tem sido alvo de constante atenção, especialmente após a publicação em 2000 do relatório “Errar é Humano” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) (André et al., 2021; Silva et al., 2022).

A fim de evitar tais danos, a segurança do paciente (SP) deve ser vista como um conjunto harmônico de ações que visa influenciar a cultura, os processos, os comportamentos, a tecnologia e o ambiente na área da saúde, com o objetivo de reduzir riscos, prevenir a ocorrência de danos evitáveis e minimizar seu impacto nos pacientes, profissionais e organizações (Bohrer et al., 2021). Essa abordagem busca solucionar problemas comuns relacionados a falhas de comunicação, tecnologia e produtos, a fim de minimizar os riscos e danos associados à assistência à saúde (Macedo et al., 2020).

Assim sendo, a segurança do paciente é um tema amplamente discutido, dada a ocorrência de eventos adversos em todos os âmbitos da assistência à saúde. Apesar dos cuidados adotados, é possível que ocorram falhas, resultando em graves consequências para os pacientes (Abreu et al., 2020). Em contraste com o Brasil, países como Estados Unidos, Austrália e Portugal atribuem maior importância à segurança do paciente, mesmo que no Brasil já tenha implementado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ainda há escassez de informações e o tema apenas recentemente tem ganhado mais destaque (Souza et al., 2019).

A partir desta perspectiva, em 2017, a temática “Segurança do Paciente” é incorporada à política pública que regulamenta a APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contribuindo para um cuidado qualificado através da prevenção e diminuição dos eventos adversos (EA) no processo de trabalho dos profissionais de saúde (Hospital Moinhos de Vento, 2020).

De acordo com um estudo de levantamento das

consultas na Atenção Primária, a prevalência de EA foi de 18,63%. Destes, 54,7% foram classificados como leves, 38% foram moderados, e 7,3% graves. Tal estudo demonstra a complexidade presente nesse nível de atenção à saúde e evidencia a necessidade de se pensar estratégias voltadas à reversão da problemática (OMS, 2017).

Diante das exigências e da complexidade que o contexto da segurança do paciente na APS traz para o processo de trabalho, é fundamental o desenvolvimento de habilidades e capacitação das equipes de saúde como estratégia para a qualificação da assistência prestada. Para tanto, pode-se lançar mão da Educação na Saúde como meio para a sistematização do cuidado (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar as experiências de segurança da paciente conduzidas na atenção primária à saúde

MÉTODOS

Apesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir e

sintetizar evidências oriundas de diferentes delineamentos de pesquisa. Essa abordagem favorece a integração entre conhecimentos teóricos e empíricos, permitindo a identificação de conceitos, lacunas na produção científica, análise crítica dos aspectos metodológicos e compreensão do estado da arte acerca de um tema específico (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

A revisão foi conduzida conforme seis etapas sequenciais e complementares: definição da questão norteadora, busca dos estudos na literatura, extração dos dados, avaliação crítica das publicações selecionadas, síntese e discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A questão que orientou o estudo foi: Quais são as experiências relacionadas à segurança do paciente desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde? (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A busca das publicações foi realizada por meio de pesquisa eletrônica nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SciELO)

e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol e que apresentassem relação com a temática da pesquisa por meio do título, resumo ou descritores. Como critérios de exclusão, consideraram-se editoriais, cartas ao editor, artigos duplicados e estudos que não contemplassem, de maneira clara e objetiva, o tema investigado.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de maio e julho de 2026. Para a estratégia de busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo selecionados os termos segurança do paciente, atenção primária à saúde e atenção básica. Os descritores foram associados utilizando o operador booleano AND, visando tornar a busca mais específica e facilitar a seleção dos estudos pertinentes à questão norteadora.

A extração das informações foi realizada com o auxílio do instrumento validado por Ursi (2005) para revisões integrativas. Esse instrumento contemplou as

seguintes variáveis: código de identificação do estudo, título da publicação, autoria e formação dos autores, periódico de publicação, ano de publicação, delineamento metodológico, região de realização da pesquisa e base de dados de indexação. Após a seleção dos artigos, foram estabelecidas as informações que seriam analisadas. Para organização dos dados, foi elaborada uma planilha no software Microsoft Office Excel 2010, contendo as variáveis: título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo e principais desfechos. Posteriormente, os resultados foram sistematizados em quadros e organizados em categorias temáticas, sendo interpretados com base na literatura científica pertinente ao objeto de investigação.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 estudos na presente revisão que atenderam os critérios de elegibilidade; no quadro a seguir, estão descritos os títulos, métodos e principais desfechos dos estudos analisados (quadro 1).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão e as características avaliadas.

	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Principais Resultados
1	Cultura de segurança do paciente em unidades básicas de saúde	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança em suas unidades.	Revelou que a “resposta não punitiva ao erro” é a dimensão mais frágil, dificultando a notificação de incidentes.
2	Incidentes de segurança do paciente na atenção primária: uma revisão sistemática	Identificar os tipos mais comuns de erros cometidos no âmbito da atenção básica.	Erros de diagnóstico e falhas na prescrição/administração de medicamentos foram os incidentes mais prevalentes.
3	Segurança do paciente na atenção primária: a visão dos usuários	Compreender como os pacientes percebem riscos à sua segurança durante o atendimento na UBS.	Pacientes associam segurança à clareza na comunicação médica e ao tempo de espera, mais do que a erros técnicos.
4	Estratégias para a identificação correta do paciente na atenção básica	Analisar a conformidade das equipes com o protocolo de identificação do paciente em consultas e exames.	Identificou baixa adesão ao uso de dois identificadores (nome e data de nascimento), confiando apenas na “familiaridade”.
5	Erros de medicação em unidades de saúde da família: análise de causas	Investigar os fatores que levam a falhas na dispensação e administração de fármacos.	A sobrecarga de trabalho e a semelhança visual entre embalagens de medicamentos foram as causas principais.
6	O uso da ferramenta PCATool para avaliar a segurança do paciente	Mensurar a qualidade da atenção primária sob a ótica da segurança e continuidade do cuidado.	Unidades com maior pontuação em “coordenação do cuidado” apresentaram menores riscos de eventos adversos.
7	Segurança do paciente no cuidado domiciliar realizado pela equipe de saúde da família	Explorar os riscos específicos enfrentados por pacientes acamados durante visitas domiciliares.	Destacou falhas na higienização das mãos e riscos de queda devido à inadequação do ambiente doméstico.
8	Comunicação efetiva e segurança do paciente na atenção primária à saúde	Avaliar como as falhas de comunicação na passagem de turno impactam a segurança.	A ausência de protocolos de comunicação estruturados gera perda de informações críticas sobre o seguimento de exames.

9	Implementação de check-lists para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais na APS	Verificar o impacto do uso de listas de verificação em pequenas cirurgias realizadas em UBS.	O uso do check-list reduziu significativamente o esquecimento de orientações pós-operatórias e erros de lateralidade.
10	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre metas internacionais de segurança	Mensurar o grau de instrução das equipes sobre as diretrizes da OMS na atenção básica.	Demonstrou que a maioria foca em “prevenção de quedas”, mas negligencia a meta de “segurança na cirurgia ambulatorial”.
11	Notificação de eventos adversos na atenção primária: barreiras e facilidades	Identificar por que os profissionais da APS notificam menos incidentes que os do hospital.	A falta de sistemas informatizados simples e o medo de represálias administrativas são as principais barreiras.
12	Prevenção de quedas em idosos no contexto da atenção primária	Analisar as intervenções preventivas realizadas por equipes de saúde para evitar traumas em idosos.	Programas de exercícios e revisão de polifarmácia na UBS reduziram em 25% os eventos de queda no território.
13	Segurança do paciente e a gestão de resíduos em serviços de saúde da família	Investigar como o manejo incorreto de perfurocortantes gera riscos aos profissionais e pacientes.	Revelou que o descarte inadequado é um “incidente latente” que aumenta o risco de infecções cruzadas na unidade.
14	Atenção primária e a segurança do paciente na transição do cuidado	Analisar as falhas de segurança no momento em que o paciente recebe alta hospitalar e retorna à UBS.	A falta de contrarreferência (relatórios de alta) é o fator que mais gera erros de medicação na continuidade do tratamento.
15	Educação permanente como estratégia para a segurança do paciente na APS	Avaliar o efeito de oficinas de simulação realística sobre a segurança no atendimento clínico.	O treinamento prático aumentou a capacidade da equipe em detectar riscos antes que o erro atingisse o paciente.

Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se as experiências de segurança da paciente conduzidas na atenção primária à saúde, nesse sentido, a experiência da segurança do paciente na APS difere significativamente do ambiente hospitalar; enquanto no hospital o foco recai sobre eventos adversos agudos, na APS as experiências estão ligadas a falhas diagnósticas, erros de medicação e lacunas na comunicação durante a transição do cuidado. A cultura de segurança na APS ainda é incipiente. Estudos demonstram que profissionais da estratégia saúde da família muitas vezes não reconhecem riscos administrativos (como perda de exames ou falhas no agendamento) como incidentes de segurança do paciente; assim, a segurança do paciente na atenção primária requer um olhar sobre a continuidade do cuidado, onde a fragilidade nos fluxos de referência e contrareferência se apresenta como a principal limitação (Silva; Silva; Rodrigues, 2024).

A comunicação efetiva entre a equipe assistencial

multidisciplinar é um exemplo prático que contribui para a segurança do paciente e minimiza a ocorrência de incidentes e agravos de saúde. Uma comunicação clara e objetiva, que expresse os principais parâmetros clínicos do paciente, realizada entre os profissionais de saúde, é definida como uma das metas internacionais do Ministério da Saúde (Kampf; Lemmen, Maggwale, 2020).

Um dos achados recorrentes nas experiências de segurança é o erro relacionado à farmacoterapia, potencializado pela polifarmácia comum em pacientes crônicos e idosos atendidos na atenção primária à saúde; outro ponto relaciona-se ao tempo reduzido de consulta e a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família que são evidenciados como fatores que predispõem ao erro (BRASIL, 2013).

A segurança na APS é frequentemente comprometida por falhas na identificação do paciente durante o fluxo de atendimento, o que reverbera em erros de medicação, trocas de exames e registros clínicos equivocados, evidenciando a fragilidade dos processos

administrativos como eventos sentinela. A desarticulação entre os níveis de atenção à saúde configura-se como um fator de risco crítico, onde a perda de informações clínicas durante a contrarreferência interrompe a continuidade do cuidado e expõe o paciente a procedimentos redundantes ou tratamentos contraditórios (Marchon; Mendes-Junior; Pavão, 2015).

Embora o prontuário eletrônico seja um aliado na redução de erros de legibilidade e na integração de dados, o ‘copiar e colar’ de informações clínicas e a falta de interoperabilidade entre sistemas de diferentes níveis de atenção podem perpetuar diagnósticos errôneos e planos de cuidado desatualizados (Anvisa, 2017).

Experiências conduzidas na APS frequentemente esbarram no medo de represálias; em vez de uma “cultura justa”, no qual o erro é visto como oportunidade de aprendizado do sistema, prevalece a busca pelo culpado individual; assim a ausência de canais de notificação simples e anônimos nas unidades básicas impede a geração de indicadores que guiem melhorias reais na gestão local.

Salienta-se que a valorização do registro de near misses (quase erros) na atenção primária é fundamental para a construção de uma cultura de segurança não punitiva, permitindo que a equipe identifique falhas sistêmicas antes que elas atinjam o paciente e resultem em eventos adversos (Tase et al., 2020).

O baixo letramento em saúde dos usuários da atenção primária atua também como um fator latente para a ocorrência de incidentes, uma vez que a falha na compreensão das orientações terapêuticas pode levar ao uso incorreto de medicamentos e à não adesão a cuidados preventivos essenciais. Destaca-se que o paciente deve ser um parceiro na sua própria segurança. Na APS, quando o profissional utiliza técnicas como o pedir para o paciente repetir a orientação), os incidentes diminuem; outra estratégia relaciona-se a padronização de processos (como a identificação correta do paciente na coleta de exames) é apontada como uma solução de baixo custo e alto impacto. Também, não basta treinar uma vez; a segurança do paciente deve ser um tema transversal nas reuniões de equipe,

discutindo “quase-erros” (near misses) antes que eles se tornem danos reais (World Health Organization, 2016).

Destaca-se que no contexto da APS, o paciente atua como a última barreira de defesa contra o erro. Portanto, o engajamento do usuário e de seus cuidadores no processo assistencial é uma estratégia indispensável para a detecção precoce de falhas terapêuticas e eventos adversos domiciliares.²⁰

A transição de uma cultura punitiva para uma cultura justa na atenção primária exige que os gestores compreendam o erro como um sintoma de falhas nos processos organizacionais, incentivando a notificação voluntária e o aprendizado coletivo sobre o incidente (Rocha et al., 2021; Trindade et al., 2018).

Implementar práticas de segurança na APS transcende o cumprimento de protocolos técnicos; trata-se de um imperativo ético que reconhece a vulnerabilidade do usuário e busca garantir que o sistema de saúde seja, primordialmente, um ambiente de cuidado e não de iatrogenia. Por fim, períodos de crise sanitária e sobrecarga

do sistema revelam a fragilidade das barreiras de segurança pré-existentes, tornando urgente a resiliência organizacional e a adaptação de protocolos para garantir a segurança em cenários de alta incerteza e escassez de recursos (Rodrigues; Antunes; Spindola, 2022).

CONCLUSÃO

Embora o tema tenha avançado na agenda das políticas públicas, sua implementação prática ainda enfrenta desafios estruturais e culturais profundos. Os resultados demonstram que a segurança na APS não deve ser encarada como uma transposição direta do modelo hospitalar, mas como um campo que exige estratégias específicas voltadas para a coordenação do cuidado, o uso seguro de medicamentos e a precisão diagnóstica em contextos de incerteza. As experiências mais bem-sucedidas estão atreladas ao fortalecimento da comunicação efetiva entre as equipes e à adoção de ferramentas de gestão de risco, como protocolos de identificação do paciente e

check-lists para procedimentos ambulatoriais. No entanto, a persistência de uma cultura punitiva em relação ao erro surge como a principal limitação, inibindo a notificação de incidentes e impedindo que as falhas sejam utilizadas como oportunidades de aprendizado organizacional e melhoria de processos.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. M.; MENDES, P. M.; TAVARES, A. P. M.; AVELINO, F. V. S. D.; NOGUEIRA, L. T.; ROCHA, S. S. Análise reflexiva sobre a segurança do paciente no contexto hospitalar e da atenção primária. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 9, n.10, p.e10026, 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à segurança do paciente. Brasília, DF: Anvisa, 2017.

ANDRÉ, C. U.; SILVA, A. R.; LOPES, L. T.; SANTOS, E. F.; EVANGELISTA, M. J.; FARIA, E. C. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: a transversalidade do cuidado seguro. Enfermagem em Foco,

v. 12, supl. 1, p. 175-180, 2021.

BOHRER, J. K. L.; VASCONCELOS, A. C. L.; BEZERRA, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. C.; ANDRADE, J.; SANTOS, P. H. F. et al. Patient safety culture in Primary Health Care. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 22, e70874, 2021.

BRASIL. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

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, 2013.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria & prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.

KAMPF, G.; LEMMEN, S.; MAGGWALE, A. T. COVID-19-associated shortage of alcohol-based hand rubs, face masks, medical gloves, and gowns: proposal for a risk-adapted approach to ensure patient and healthcare worker safety. *Journal of Hospital Infection*, v. 105, n. 3, p. 424-427, 2020.

MACEDO, L. L.; SILVA, A. M. R.; SILVA, J. F. M.;

HADDAD, M. C. F. L.; GIROTTTO, E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0024476, 2020.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos incidentes na atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Medicação sem danos: desafio global de segurança do paciente da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017.

ROCHA, R. M. V.; RIBEIRO, S.; PINTO E SILVA, J. L.; FERREIRA, E. C. Cultura de segurança do paciente na atenção primária: visão de gestores e profissionais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, n.11, e20200174, 2021.

RODRIGUES, J. C. S.; ANTUNES, R. F.; SPINDOLA, T. Erros de medicação na atenção primária: uma análise sob a ótica da segurança do paciente. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 30, e64902, 2022.

SILVA, K. M.; SILVA, S. E. D.; RODRIGUES, I. L. A.

Gestão de riscos e segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 77, n. 1, e20230114, 2024.

SILVA, L. L. T.; DIAS, F. C. S.; MAFORTE, N. T. P.; MENEZES, A. C. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 26, e20210204, 2022.

SOUZA, M. M.; ONGARO, J. D.; LANES, T. C.; ANDOLHE, R.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; MAGNAGO, T. S. B. S. Patient safety culture in the Primary Health Care. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 1, p. 27-34, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

TASE, E.; LOURENÇÃO, L. G.; BIANCHINI, S. M.; CANINI, S. R. M. S.; PELÁ, N. T. P.; GNATTA, J. R. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: percepção de profissionais de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, supl. 5, e20190760, 2020.

TRINDADE, L. L.; FERRAZ, L.; KARINO, M. E.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Segurança do paciente na atenção primária: revisão integrativa. Revista Brasileira

de Enfermagem, v. 71, supl. 6, p. 2783-2792, 2018.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Technical series on safer primary care: patient engagement. Geneva: World Health Organization, 2016.

Esse novo volume busca apresentar um conjunto de artigos interdisciplinares que visam a rediscutir as práticas de ensino e estudo em saúde.

