Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32456

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E TRABALHO INTERPROFISSIONAL: EVIDÊNCIAS PARA A TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SUS

PERSON-CENTRED CARE AND INTERPROFESSIONAL WORK: EVIDENCE FOR TRANSFORMING CARE IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y TRABAJO INTERPROFESIONAL: EVIDENCIAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BRASIL

Fernanda Lucia de Campos[1]
Marialdo Dias Barroso Mendonça[2]
Tiago Halyson de Oliveira Gomes[3]
Juliane Monteiro Custódio Duarte[4]
Nayane Regina Silva Araújo[5]
Lucas Antônio de Moraes Silva[6]
Isabele Carvalho Lemos Inacio[7]
Ana Beatriz Oliveira da Mota[8]
Alexandar Maria de Carvalho Alves[9]
Thalia Figueiredo Borges[10]
Lucas Secunho Machado Nogueira[11]
Francisco Vinícius Teles Rocha[12]
Layla Lorrana de Sousa Costa[13]

RESUMO: Objetivo: sintetizar as evidências sobre a articulação entre o cuidado centrado na pessoa e o trabalho interprofissional, identificando estratégias de implementação, efeitos sobre a qualidade, a segurança e a experiência das pessoas usuárias, repercussões para as equipes e desafios para o Sistema Único de Saúde. Método: revisão integrativa conduzida segundo Whittemore e Knafl e reportada conforme o PRISMA 2020, com buscas em PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS, SciELO e BVS (2020–2026). Exigiu-se, como critério de elegibilidade, a presença de mecanismo explícito de colaboração entre categorias profissionais e de referencial ou componentes operacionais do cuidado centrado na pessoa. A qualidade metodológica foi avaliada pelo Mixed Methods Appraisal Tool e o nível de evidência, pela hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt. Resultados: vinte estudos primários, de sete países, compuseram o corpus; predominaram delineamentos qualitativos e de métodos mistos, e três ensaios clínicos randomizados por conglomerados ou pragmáticos. As estratégias identificadas foram tomada de decisão compartilhada interprofissional, planos de cuidado construídos com a pessoa, coordenação do cuidado, reuniões e visitas conjuntas, rounds à beira do leito, apoio matricial e educação interprofissional em serviço. Os efeitos sobre experiência, autogestão e

[1] Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
[2] Mestre em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[3] Graduando em Medicina. Universidade Nove de Julho.
[4] Pós-graduada em UTI Neonatal e Pediátrica. Universidade Paulista (UNIP).
[5] Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
[6] Pós-graduado em Urgência e Emergência. Faculdade Anhanguera.
[7] Graduada em Medicina. Universidade Metropolitana de Santos.
[8] Pós-graduada em Enfermagem Hospitalar. FAMEC.
[9] Mestranda em Educação. Universidade de Uberaba (UNIUBE).
[10] Graduada em Medicina. Universidade Iguaçu, campus Itaperuna.
[11] Graduado em Medicina. Universidade Iguaçu, campus Itaperuna.
[12] Mestre em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Piauí (UFPI).
[13] Graduada em Medicina. Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

funcionalidade foram favoráveis, porém modestos e inconsistentes nos desfechos primários; nos estudos brasileiros, a colaboração entre profissionais coexistiu com participação restrita da pessoa usuária. Conclusão: a integração entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional é promissora, mas depende de arranjos organizacionais, financiamento, enfrentamento das hierarquias profissionais e inclusão efetiva da pessoa usuária como integrante do processo decisório.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente. Relações Interprofissionais. Equipe de Assistência ao Paciente. Comportamento Cooperativo. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Objective: to synthesize the evidence on the articulation between person-centred care and interprofessional work, identifying implementation strategies, effects on quality, safety and service users' experience, repercussions for teams, and challenges for the Brazilian Unified Health System. Method: integrative review conducted according to Whittemore and Knafl and reported following PRISMA 2020, with searches in PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS, SciELO and BVS (2020–2026). Eligibility required an explicit mechanism of collaboration between professional groups and an explicit framework or operational components of person-centred care. Methodological quality was appraised with the Mixed Methods Appraisal Tool and level of evidence with the Melnyk and Fineout-Overholt hierarchy. Results: twenty primary studies from seven countries were included; qualitative and mixed-methods designs predominated, together with three cluster or pragmatic randomized controlled trials. The strategies identified were interprofessional shared decision-making, care plans built with the person, care coordination, joint meetings and home visits, bedside rounds, matrix support and in-service interprofessional education. Effects on experience, self-management and physical functioning were favourable but modest, and inconsistent for primary outcomes; in Brazilian studies, collaboration among professionals coexisted with limited participation of service users. Conclusion: integrating person-centred care and interprofessional work is promising, but depends on organizational arrangements, funding, tackling professional hierarchies and the effective inclusion of service users in decision-making.

Keywords: Patient-Centered Care. Interprofessional Relations. Patient Care Team. Cooperative Behavior. Unified Health System.

RESUMEN: Objetivo: sintetizar las evidencias sobre la articulación entre la atención centrada en la persona y el trabajo interprofesional, identificando estrategias de implementación, efectos sobre la calidad, la seguridad y la experiencia de las personas usuarias, repercusiones para los equipos y desafíos para el Sistema Único de Salud. Método: revisión integrativa conducida según Whittemore y Knafl y reportada conforme PRISMA 2020, con búsquedas en PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS, SciELO y BVS (2020–2026). Se exigió un mecanismo explícito de colaboración entre categorías profesionales y un referencial o componentes operativos de la atención centrada en la persona. La calidad metodológica se evaluó con el Mixed Methods Appraisal Tool y el nivel de evidencia, con la jerarquía de Melnyk y Fineout-Overholt. Resultados: veinte estudios primarios, de siete países, compusieron el corpus; predominaron diseños cualitativos y de métodos mixtos, junto con tres ensayos clínicos aleatorizados por conglomerados o pragmáticos. Las estrategias fueron la toma de decisiones compartida interprofesional, planes de cuidado construidos con la persona, coordinación del cuidado, reuniones y visitas conjuntas, rondas junto a la cama, apoyo matricial y educación interprofesional en servicio. Los efectos sobre experiencia, autogestión y funcionalidad fueron favorables, aunque modestos e inconsistentes en los desenlaces primarios; en los estudios brasileños, la colaboración entre profesionales coexistió con una participación restringida de la persona usuaria. Conclusión: la integración entre atención centrada en la persona y trabajo interprofesional es prometedora, pero depende de arreglos organizativos, financiamiento, superación de jerarquías profesionales e inclusión efectiva de la persona usuaria.

Palabras clave: Atención Dirigida al Paciente. Relaciones Interprofesionales. Grupo de Atención al Paciente. Conducta Cooperativa. Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A expressão cuidado centrado na pessoa designa hoje um dos núcleos normativos mais citados na reorientação dos sistemas de saúde, mas a sua trajetória conceitual é longa e marcada por deslocamentos sucessivos. No modelo biomédico, centrado na doença, o objeto da intervenção é a lesão ou o processo fisiopatológico, e o sujeito que adoece aparece como portador de sinais e sintomas a serem classificados. A noção de cuidado centrado no paciente surgiu como crítica a esse reducionismo, ao propor que preferências, valores e necessidades individuais orientassem as decisões clínicas; contudo, preservou a figura do "paciente" como alguém que recebe o cuidado no interior do encontro clínico. O cuidado centrado na família, consolidado sobretudo na pediatria e nos cuidados intensivos, ampliou a unidade de cuidado para o núcleo de relações significativas da pessoa, reconhecendo a família como parceira e também como sujeito de necessidades. O cuidado centrado na pessoa, por sua vez, desloca o foco da condição clínica para a pessoa como um todo, situada em sua biografia, em seu território e em sua rede de relações, e afirma a parceria e a corresponsabilização como fundamentos éticos do cuidado (McCormack; McCance, 2017; Ekman *et al.*, 2011).

Essa distinção não é apenas terminológica. Enquanto o cuidado centrado no paciente tende a operar no plano do episódio assistencial, o cuidado centrado na pessoa pressupõe continuidade, reconhecimento da autonomia e dos projetos de vida e uma relação na qual a pessoa usuária participa da definição dos problemas e das metas terapêuticas. No modelo de Gotemburgo, por exemplo, o cuidado inicia-se pela narrativa da pessoa, prossegue com a construção de uma parceria formalizada em um plano de saúde compartilhado e se sustenta pela documentação dessa parceria (Ekman *et al.*, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou essa perspectiva ao propor os serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, que articulam o envolvimento e o empoderamento das pessoas e comunidades, a reorientação do modelo de atenção e a coordenação dos serviços dentro dos setores e entre eles (World Health Organization, 2016).

Entre os referenciais teóricos que sustentam o campo, destacam-se três. O Person-centred Practice Framework, de McCormack e McCance, organiza a prática centrada na pessoa em domínios interdependentes: os pré-requisitos dos profissionais, o ambiente de prática, os

processos centrados na pessoa e os resultados esperados, inscritos em um macrocontexto de políticas e estratégias; a sua contribuição distintiva é situar o cuidado centrado na pessoa como propriedade da cultura organizacional, e não apenas como atributo individual do profissional (McCormack; McCance, 2017; McCormack *et al.*, 2021). O Método Clínico Centrado na Pessoa estrutura a consulta em quatro componentes: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificar a relação entre a pessoa e o profissional (Stewart *et al.*, 2017). A tomada de decisão compartilhada, por fim, operacionaliza a parceria no momento da escolha terapêutica, por meio de etapas que vão da apresentação da existência de escolha à deliberação sobre opções e à decisão informada pelas preferências da pessoa (Elwyn *et al.*, 2017).

O segundo eixo conceitual deste estudo é o trabalho em equipe. No Brasil, a tipologia proposta por Peduzzi (2001) distingue a equipe agrupamento, caracterizada pela justaposição de ações e pela fragmentação, da equipe integração, na qual há articulação das ações, comunicação orientada ao entendimento e construção de um projeto assistencial comum. A revisita dessa tipologia, à luz da teoria do agir comunicativo, sustenta que o trabalho interprofissional combina dimensões técnicas e comunicativas e que a colaboração pode se dar dentro da equipe ou em rede, com a participação de usuários e comunidade (Peduzzi *et al.*, 2020). Nesse quadro, a multiprofissionalidade refere-se à coexistência de diferentes categorias em um mesmo serviço, sem implicar integração; a interdisciplinaridade remete à integração de saberes disciplinares na produção do conhecimento; a interprofissionalidade designa a interação entre profissões na prática; e a prática colaborativa, segundo a OMS, ocorre quando trabalhadores de diferentes formações atuam juntos e com as pessoas usuárias, as famílias, os cuidadores e as comunidades para oferecer cuidado da mais alta qualidade (World Health Organization, 2010). A educação interprofissional, por sua vez, acontece quando estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração efetiva (World Health Organization, 2010).

Convém observar que a definição de prática colaborativa da OMS já inclui a pessoa usuária como integrante da colaboração, o que estabelece o ponto de convergência central entre os dois campos. A literatura internacional, entretanto, tem alertado para o uso indiscriminado do termo "interprofissional", recomendando distinguir trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede, que diferem quanto à interdependência, à identidade

compartilhada e à integração das tarefas (Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018). Essa distinção é decisiva para a presente revisão, pois boa parte dos estudos rotulados como interprofissionais descreve profissionais de categorias distintas atuando lado a lado, sem mecanismos efetivos de colaboração.

As competências colaborativas traduzem esses conceitos em capacidades observáveis. O referencial do Canadian Interprofessional Health Collaborative organiza-se em seis domínios: comunicação interprofissional, cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, clarificação de papéis, funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). A versão mais recente das competências do Interprofessional Education Collaborative reúne-as em quatro domínios: valores e ética, papéis e responsabilidades, comunicação e equipes e trabalho em equipe (Interprofessional Education Collaborative, 2023). Em ambos, a orientação para a pessoa e para a comunidade não é um domínio acessório, mas o horizonte ético que justifica a colaboração. No contexto brasileiro, a atenção centrada no paciente tem sido descrita como elemento constitutivo da prática interprofissional colaborativa, e não como resultado espontâneo da convivência entre profissões (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

A necessidade dessa articulação decorre de transformações epidemiológicas e demográficas. O envelhecimento populacional e a expansão das condições crônicas tornaram a multimorbidade, isto é, a coexistência de duas ou mais condições crônicas, uma característica cada vez mais comum entre as pessoas atendidas nos serviços, associada a maior carga de tratamento, polifarmácia, uso fragmentado dos serviços e pior qualidade de vida (Skou *et al.*, 2022). Sistemas organizados por episódios agudos e por especialidades respondem mal a essas necessidades, produzindo fragmentação, duplicidade de procedimentos e descontinuidade. As redes integradas de serviços de saúde foram propostas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) precisamente como resposta à fragmentação, com ênfase na atenção primária como coordenadora do cuidado (Organización Panamericana de la Salud, 2010), perspectiva incorporada ao debate brasileiro sobre as Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2011).

A interface com a qualidade e a segurança do paciente reforça a pertinência do tema. O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 inclui, entre os seus objetivos estratégicos, o envolvimento e o empoderamento das pessoas usuárias e das famílias (World Health Organization, 2021), e as falhas de comunicação entre profissionais permanecem entre

os determinantes mais reconhecidos de eventos adversos. Ao mesmo tempo, a avaliação da qualidade tem incorporado a perspectiva da pessoa por meio de medidas de desfechos relatados pelas pessoas usuárias (patient-reported outcome measures, PROMs) e de medidas de experiência relatadas pelas pessoas usuárias (patient-reported experience measures, PREMs). A pesquisa internacional PaRIS, coordenada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, representou um marco ao avaliar, a partir do relato das próprias pessoas com condições crônicas atendidas na atenção primária, se os sistemas de saúde entregam resultados e experiências que importam a elas (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025).

No Brasil, a articulação entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional encontra amparo em um conjunto expressivo de marcos normativos. A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) afirma a indissociabilidade entre atenção e gestão e propõe diretrizes como acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, cogestão e defesa dos direitos das pessoas usuárias (Brasil, 2013a). A clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) constituem dispositivos para a construção, em equipe e com a pessoa, de propostas terapêuticas articuladas (Brasil, 2009), enquanto o apoio matricial e a equipe de referência oferecem um arranjo para a gestão do trabalho interdisciplinar, com dimensões assistencial e técnico-pedagógica (Campos; Domitti, 2007). A Política Nacional de Atenção Básica reconhece o trabalho em equipe multiprofissional e a coordenação do cuidado como atributos da atenção primária (Brasil, 2017), e a Portaria GM/MS nº 635/2023 instituiu as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), em substituição ao modelo anterior dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, com incentivos financeiros de implantação, custeio e desempenho (Brasil, 2023; Bispo Júnior; Almeida, 2023). A nova metodologia de cofinanciamento federal da atenção primária, estabelecida em 2024, reforçou componentes relacionados ao vínculo, ao acompanhamento territorial e à qualidade (Brasil, 2024).

No campo da formação e da qualidade, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe a aprendizagem no trabalho a partir dos problemas enfrentados pelas equipes (Brasil, 2007); o Programa Nacional de Segurança do Paciente prevê o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança (Brasil, 2013b); e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, em sua edição dedicada à interprofissionalidade, induziu experiências de educação interprofissional articuladas aos serviços (Brasil, 2018; Brinco; França; Magnago,

2022). As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, a exemplo da enfermagem, preveem formação para o trabalho em equipe (Brasil, 2001), e o Conselho Nacional de Saúde aprovou princípios gerais para as diretrizes da área da saúde que incluem o trabalho interprofissional e colaborativo (Conselho Nacional de Saúde, 2017). No plano internacional e regional, os marcos da OMS sobre educação interprofissional e prática colaborativa e sobre serviços integrados centrados nas pessoas, bem como as recomendações da OPAS para a educação interprofissional rumo à saúde universal, conformam o horizonte estratégico em que essas políticas se inscrevem (World Health Organization, 2010; World Health Organization, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2017).

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse arranjo. Por sua presença contínua nos serviços, pela abrangência de suas atribuições e pela centralidade do processo de enfermagem, a enfermeira e o enfermeiro frequentemente assumem a coordenação do cuidado, a gestão de casos complexos e a articulação entre profissionais, serviços e família. Revisão de escopo sobre coordenação do cuidado de enfermagem na atenção primária identificou atividades dirigidas às pessoas usuárias e às famílias, às equipes e à aproximação entre ambas, tendo a comunicação interpessoal e a transferência de informações como atividades transversais (Karam *et al.*, 2021). A regulamentação brasileira do processo de enfermagem reforça essa função ao estabelecer o planejamento e a avaliação do cuidado como etapas sistemáticas e documentadas (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

Do ponto de vista científico, a justificativa deste estudo reside em três ordens de problemas. Primeiro, as sínteses disponíveis tratam separadamente o cuidado centrado na pessoa e a colaboração interprofissional: há revisões sobre os efeitos do cuidado centrado na pessoa na segurança do paciente (Rossiter; Levett-Jones; Pich, 2020) e sobre os efeitos da colaboração interprofissional em desfechos relatados pelas pessoas usuárias (Kaiser *et al.*, 2022) ou em condições crônicas (Pascucci *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2021), mas poucas examinam a articulação entre ambos. Segundo, os dois conceitos são polissêmicos e frequentemente empregados sem referencial explícito, o que dificulta a comparação entre estudos. Terceiro, a produção brasileira é numerosa, mas concentrada em ensaios, relatos de experiência e estudos reflexivos, e as mudanças recentes da política, sobretudo a criação das eMulti, ainda não foram confrontadas com a evidência empírica disponível.

As lacunas identificadas incluem, portanto, a escassez de estudos que operacionalizem simultaneamente os dois conceitos, a predominância de avaliações centradas na perspectiva dos profissionais em detrimento da perspectiva das pessoas usuárias, a fragilidade dos desenhos avaliativos e a insuficiente atenção a questões de equidade e de poder entre profissões. Diante disso, este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas sobre a articulação entre o cuidado centrado na pessoa e o trabalho interprofissional, com ênfase nas estratégias de implementação, nos efeitos sobre a qualidade e a segurança da assistência, na experiência e nos desfechos das pessoas usuárias, no trabalho das equipes e nos desafios e perspectivas para a transformação da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 1 – Quadro conceitual: modelos de cuidado e modalidades de trabalho em equipe

Conceito	Foco e unidade de cuidado	Papel da pessoa usuária	Relação entre profissionais	Implicação para a prática
Cuidado centrado na doença	Lesão, diagnóstico e processo fisiopatológico	Portadora de sinais e sintomas; receptora de prescrições	Hierárquica, organizada por especialidade	Protocolos por condição; risco de fragmentação e iatrogenia na multimorbidade
Cuidado centrado no paciente	Necessidades e preferências no episódio assistencial	Informada e consultada sobre opções	Predominantemente diádica (profissional–paciente)	Comunicação clínica e consentimento; continuidade nem sempre garantida
Cuidado centrado na família	Pessoa e núcleo de relações significativas	Família como parceira e como sujeito de necessidades	Inclui a família nas decisões e na rotina do serviço	Visitas e rounds com familiares; apoio a cuidadores
Cuidado centrado na pessoa	Pessoa em sua biografia, território e rede de relações	Parceira e corresponsável; participa da definição de problemas e metas	Orientada por parceria, continuidade e cultura organizacional	Narrativa, plano de cuidado compartilhado, decisão compartilhada e documentação da parceria
Multiprofissionalidade	Coexistência de categorias em um serviço	Recebe ações justapostas	Justaposição, sem projeto comum (equipe agrupamento)	Encaminhamentos sucessivos; comunicação instrumental
Interdisciplinaridade	Integração de saberes disciplinares	Variável	Troca entre disciplinas, sobretudo no plano do conhecimento	Construção conceitual compartilhada; não garante integração das práticas
Interprofissionalidade	Interação entre profissões na prática	Pode ou não ser incluída	Interdependência, comunicação orientada ao entendimento, objetivos comuns (equipe integração)	Discussão de casos, reuniões, papéis clarificados
Prática colaborativa	Profissionais trabalhando juntos e com pessoas usuárias, famílias e comunidades	Integrante da colaboração	Colaboração com responsabilidade compartilhada pelo resultado	Plano de cuidado construído com a pessoa; decisão compartilhada interprofissional

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Peduzzi (2001), Ekman et al. (2011), McCormack; McCance (2017), Reeves; Xyrichis; Zwarenstein (2018), Peduzzi et al. (2020) e World Health Organization (2010).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura, conduzida segundo as cinco etapas propostas por Whittemore; Knafl (2005): identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados. A opção por esse método justifica-se pela possibilidade de integrar estudos de delineamentos diversos, experimentais e não experimentais, o que é necessário diante de um objeto em que coexistem ensaios clínicos, estudos de implementação e pesquisas qualitativas sobre processos de trabalho. O relato seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), nos itens aplicáveis a revisões não meta-analíticas (Page *et al.*, 2021).

2.2 Pergunta norteadora

A pergunta foi formulada segundo a estratégia PICo: P (população) – pessoas usuárias dos serviços de saúde, famílias e cuidadores, profissionais de saúde e equipes interprofissionais; I (interesse) – práticas, modelos e estratégias de cuidado centrado na pessoa desenvolvidos por meio do trabalho interprofissional e da prática colaborativa; Co (contexto) – sistemas e redes de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária, nos serviços especializados e hospitalares e no SUS. Assim, definiu-se a questão: quais evidências científicas demonstram como a integração entre o cuidado centrado na pessoa e o trabalho interprofissional contribui para a qualidade, a segurança e a integralidade da assistência, e quais são os desafios e as perspectivas para a sua implementação no SUS?

2.3 Fontes de informação e estratégias de busca

As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science (Core Collection), CINAHL, LILACS e SciELO, bem como no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Utilizaram-se descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), seus correspondentes no Emtree, e termos livres, combinados pelos operadores booleanos OR, dentro de cada polo da estratégia, e AND, entre os polos. Os três polos foram: (1) cuidado centrado na pessoa e tomada de decisão compartilhada; (2) trabalho interprofissional, equipe de saúde e

prática colaborativa; e (3) contexto assistencial. Para aumentar a especificidade, o polo de contexto foi aplicado apenas nas bases de maior volume (PubMed, Embase, Scopus e Web of Science). Os filtros comuns a todas as bases foram ano de publicação (2020–2026) e idiomas português, inglês e espanhol. As estratégias completas estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca por base de dados

Base	Estratégia
PubMed/MEDLINE	("Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Decision Making, Shared"[Mesh] OR "person-centred"[tiab] OR "person-centered"[tiab] OR "patient-centred"[tiab] OR "patient-centered"[tiab] OR "shared decision"[tiab]) AND ("Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR interprofessional[tiab] OR "collaborative practice"[tiab] OR "team-based care"[tiab] OR "interdisciplinary team"[tiab]) AND ("Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Patient Safety"[Mesh] OR hospital*[tiab] OR "primary care"[tiab] OR "home care"[tiab]) AND 2020:2026[dp]
Embase	('patient-centered care'/exp OR 'shared decision making'/exp OR 'person-cent':ti,ab OR 'patient-cent':ti,ab) AND ('interdisciplinary communication'/exp OR 'patient care team'/exp OR 'cooperation'/exp OR interprofessional:ti,ab OR 'collaborative practice':ti,ab OR 'team-based care':ti,ab) AND ('integrated health care system'/exp OR 'primary health care'/exp OR 'health care quality'/exp OR 'patient safety'/exp) AND [2020-2026]/py
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("person-cent" OR "patient-cent" OR "shared decision") AND (interprofessional OR "collaborative practice" OR "team-based care" OR "interdisciplinary team" OR "patient care team") AND ("primary care" OR "primary health care" OR hospital OR "integrated care" OR "quality of care" OR "patient safety")) AND PUBYEAR > 2019
Web of Science	TS=(("person-cent" OR "patient-cent" OR "shared decision") AND (interprofessional OR "collaborative practice" OR "team-based care" OR "interdisciplinary team") AND ("primary care" OR hospital OR "integrated care" OR "quality of care" OR "patient safety")); período 2020–2026
CINAHL	(MH "Patient Centered Care+" OR MH "Decision Making, Shared" OR TI/AB "person-cent" OR TI/AB "patient-cent") AND (MH "Interprofessional Relations" OR MH "Multidisciplinary Care Team" OR MH "Collaboration" OR TI/AB interprofessional OR TI/AB "collaborative practice"); limitadores: 2020–2026; periódicos revisados por pares
LILACS e BVS	(mh:"Assistência Centrada no Paciente" OR mh:"Tomada de Decisão Compartilhada" OR "cuidado centrado na pessoa" OR "atenção centrada na pessoa" OR "atención centrada en la persona" OR "clínica ampliada" OR "projeto terapêutico singular") AND (mh:"Relações Interprofissionais" OR mh:"Equipe de Assistência ao Paciente" OR mh:"Comportamento Cooperativo" OR interprofissional OR interprofesional OR "prática colaborativa" OR "apoio matricial" OR eMulti OR NASF) AND (year_cluster:[2020 TO 2026])
SciELO	("cuidado centrado" OR "atenção centrada" OR "atención centrada" OR "person-centred" OR "clínica ampliada" OR "projeto terapêutico singular") AND (interprofissional OR interprofesional OR interprofessional OR "prática colaborativa" OR "apoio matricial" OR "trabalho em equipe"); filtro: 2020–2026

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: os descritores DeCS "Humanização da Assistência" e "Sistema Único de Saúde" foram testados nas bases regionais como termos de contexto e mantidos apenas na BVS, por reduzirem excessivamente a sensibilidade nas demais.

Complementarmente, foram examinadas as listas de referências dos estudos incluídos e realizadas buscas de citações prospectivas (forward citation) para identificar estudos não recuperados pelas estratégias eletrônicas.

2.4 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos primários, quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos, publicados entre 2020 e 2026, em português, inglês ou espanhol, em periódicos revisados por pares e indexados em ao menos uma das bases consultadas, que atendessem cumulativamente a dois critérios operacionais.

O primeiro, de interprofissionalidade efetiva, exigiu a participação de ao menos duas categorias profissionais e a descrição de ao menos um mecanismo explícito de colaboração: plano de cuidado compartilhado, reunião ou discussão de caso conjunta, decisão conjunta, consulta ou visita compartilhada, objetivos comuns ou papéis integrados com interdependência das tarefas. Estudos que descreviam apenas profissionais de diferentes categorias atuando no mesmo serviço, sem tais mecanismos, foram classificados como multiprofissionais e excluídos, em consonância com a tipologia equipe integração e equipe agrupamento (Peduzzi, 2001) e com a distinção entre colaboração, coordenação e trabalho em rede (Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018).

O segundo, de centralidade da pessoa, exigiu referencial explícito de cuidado centrado na pessoa (por exemplo, McCormack e McCance, Método Clínico Centrado na Pessoa, modelo de Gotemburgo ou tomada de decisão compartilhada interprofissional) ou a operacionalização de seus componentes, ou ainda a análise empírica da participação da pessoa usuária ou de sua família como categoria ou desfecho. Para dar transparência à heterogeneidade conceitual, cada estudo incluído foi classificado em dois níveis de articulação: nível A, quando o cuidado centrado na pessoa era referencial explícito ou intervenção avaliada; e nível B, quando a dimensão da pessoa usuária era analisada empiricamente, sem referencial explícito.

Foram excluídos editoriais, cartas, ensaios teóricos, estudos reflexivos, relatos de experiência, protocolos, resumos de eventos, dissertações e teses, revisões de literatura (utilizadas apenas na discussão), estudos restritos a uma única categoria profissional ou à formação de estudantes sem articulação com os serviços e publicações em periódicos sem indexação nas bases consultadas ou com indícios de práticas editoriais predatórias.

2.5 Seleção dos estudos

Os registros foram exportados para o gerenciador Rayyan, no qual se removeram as duplicatas. A seleção foi realizada por dois revisores independentes, em duas etapas: leitura de

títulos e resumos e leitura do texto completo. As divergências foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor. O processo está representado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 do processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos (formato textual)

IDENTIFICAÇÃO **Bases de Dados e Outras Fontes**
• Identificados nas bases (PubMed, Embase, etc.): n = 1.485 • Identificados por outros métodos (citações): n = 15 • Removidos antes da triagem (duplicatas): n = 460

↓

TRIAGEM **Título e Resumo**
• Triados por título e resumo: n = 1.040 • Excluídos: n = 890

↓

ELEGIBILIDADE **Texto Completo**
• Relatórios avaliados: n = 138 (12 não recuperados de 150) • Excluídos: n = 118 (multiprofissional sem colaboração, etc.)

↓

INCLUSÃO **Estudos Finais**
• Estudos incluídos (primários): n = 20

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Page et al. (2021).

2.6 Extração dos dados

Os dados foram extraídos por meio de instrumento padronizado, testado previamente em uma amostra dos estudos, contendo: autoria, ano, país, objetivo, delineamento, amostra e contexto, categorias profissionais envolvidas, mecanismo de colaboração, referencial de cuidado centrado na pessoa, desfechos ou categorias analíticas, principais resultados, nível de evidência e nível de articulação entre os dois conceitos.

2.7 Avaliação da qualidade metodológica, risco de viés e nível de evidência

A qualidade metodológica dos estudos primários foi avaliada pelo Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versão 2018, que permite apreciar, com critérios específicos, estudos qualitativos, quantitativos randomizados, quantitativos não randomizados, quantitativos

descritivos e de métodos mistos (Hong *et al.*, 2018). Nos ensaios clínicos randomizados, o risco de viés foi examinado de forma complementar pela ferramenta RoB 2 (Sterne *et al.*, 2019); nos estudos quantitativos não randomizados de intervenção, pela ROBINS-I (Sterne *et al.*, 2016). As revisões sistemáticas utilizadas na discussão foram apreciadas pelo AMSTAR 2 (Shea *et al.*, 2017). Nenhum estudo foi excluído com base na qualidade, conforme recomendado para revisões integrativas, mas a apreciação orientou o peso atribuído a cada estudo na síntese (Whittemore; Knafl, 2005). O nível de evidência foi classificado segundo a hierarquia de Melnyk; Fineout-Overholt (2023), em sete níveis: I, revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos randomizados; II, ensaios clínicos randomizados bem delineados; III, ensaios controlados sem randomização; IV, estudos de coorte e caso-controle; V, revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; VI, estudos descritivos ou qualitativos únicos; e VII, opinião de autoridades ou comitês de especialistas.

2.8 Análise e síntese dos dados

A análise seguiu o método de comparação constante proposto por Whittemore; Knafl (2005), com redução, exposição e comparação dos dados, seguidas da elaboração de conclusões e de sua verificação. Os resultados foram codificados de forma dedutiva, a partir dos eixos derivados da pergunta norteadora e dos referenciais apresentados na introdução, e de forma indutiva, para acolher categorias emergentes. A síntese foi narrativa e temática, sem metanálise, em razão da heterogeneidade de delineamentos, intervenções e desfechos. Por se tratar de pesquisa com dados secundários de domínio público, dispensou-se a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização dos estudos

O corpus foi composto por 20 estudos primários publicados entre 2020 e 2025. Quanto à origem, cinco foram conduzidos no Canadá, quatro no Brasil, três na Dinamarca, três na Alemanha, dois na Suécia, dois nos Países Baixos e um nos Estados Unidos. Predominaram os estudos qualitativos (n = 10), seguidos dos ensaios clínicos randomizados por conglomerados ou pragmáticos (n = 3), dos estudos transversais multiníveis (n = 2), dos estudos antes e depois (n = 2), dos de métodos mistos ou de desenvolvimento de intervenção (n = 2) e de um estudo

observacional. Os cenários abrangeram atenção primária e Estratégia Saúde da Família (n = 6), atenção domiciliar (n = 6), instituições de longa permanência e reabilitação geriátrica (n = 3), atenção hospitalar (n = 3), cuidado transicional após a alta (n = 1) e serviços de saúde mental comunitária (n = 1). Quatorze estudos foram classificados no nível A de articulação entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional e seis no nível B. Em relação ao nível de evidência, três estudos corresponderam ao nível II, um ao nível IV e dezesseis ao nível VI. A síntese é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa (n = 20)

Nº	Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e articulação CCP–IP	Amostra e contexto	Principais resultados	NE
E1	Adekpedjou et al. (2020), Canadá	Avaliar o efeito de treinamento de equipes de atenção domiciliar em decisão compartilhada interprofissional sobre o papel do cuidador em decisões de moradia	Ensaio clínico randomizado por conglomerados, pragmático; nível A	16 centros de saúde; 296 cuidadores de pessoas idosas com comprometimento cognitivo	Aumento não significativo de 12% na proporção de cuidadores com papel ativo; aumento de 14,4% na concordância entre papel preferido e assumido; sem efeito sobre conflito decisional, arrependimento ou sobrecarga	II
E2	Allerby et al. (2020), Suécia	Testar se intervenção educativa multiprofissional baseada no modelo de Gotemburgo aumenta o empoderamento e a satisfação de pessoas internadas com psicose	Antes e depois, sem randomização; nível A	Quatro enfermarias de psicose; cerca de 50 pessoas usuárias em cada período	Sem diferença no empoderamento (desfecho primário); aumento significativo da satisfação com o cuidado, com tamanho de efeito pequeno	IV
E3	Durand; Fleury (2021), Canadá	Examinar correlatos individuais e de equipe das percepções de cuidado centrado no paciente em equipes multidisciplinares de saúde mental	Transversal multinível; nível A	314 profissionais e gestores de 48 equipes em quatro redes locais	A crença nos benefícios da colaboração associou-se a maiores percepções de cuidado centrado, sobretudo em equipes mais colaborativas; a colaboração mediou a relação entre desempenho adaptativo da equipe e cuidado centrado	VI
E4	Oliveira et al. (2021), Brasil	Analisar o apoio matricial em saúde mental infantojuvenil oferecido às equipes da Estratégia	Pesquisa-intervenção qualitativa (socioclínica institucional); nível B	18 trabalhadores de duas equipes de Saúde da Família e de um Centro de Atenção Psicossocial	O apoio matricial favoreceu a reflexão sobre a prática, mas persistiram a delegação do cuidado aos especialistas, o modelo psiquiátrico e a fragilidade da articulação intersetorial; distinção entre	VI

Nº	Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e articulação CCP-IP	Amostra e contexto	Principais resultados	NE
		Saúde da Família			encaminhar e compartilhar o cuidado	
E5	Adisso et al. (2022), Canadá	Avaliar treinamento em decisão compartilhada interprofissional para equipes de atenção domiciliar sobre o papel de pessoas idosas frágeis e cuidadores em decisões de moradia	Ensaio clínico randomizado por conglomerados, stepped-wedge; nível A	Nove centros de saúde; 311 pessoas idosas frágeis e 339 cuidadores	Aumentos não significativos no papel ativo (3,3% e 6,1%) e na percepção de envolvimento; o treinamento não superou a simples disponibilização do guia de decisão	II
E6	Allerby et al. (2022), Suécia	Explorar a compreensão e as experiências da equipe ao implementar cuidado centrado na pessoa em enfermarias de psicose	Qualitativo, grupos focais; nível A	23 profissionais de quatro enfermarias (enfermagem, medicina e consultores de outras categorias)	Melhora das relações, maior engajamento das pessoas usuárias, rotinas mais flexíveis e clima mais calmo; barreiras: imprecisão do conceito, tempo, rotatividade e divergências na equipe; facilitadores: pessoa de referência, grupo gestor e planos de cuidado centrados na pessoa	VI
E7	Lyhne; Bjerrum; Jørgensen (2022), Dinamarca	Examinar como profissionais da atenção primária compreendem o cuidado preventivo de internações e como a colaboração interdisciplinar pode apoiar o cuidado centrado na pessoa	Qualitativo, grupos focais interprofissionais; nível A	27 profissionais de quatro municípios (medicina de família, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social e de saúde)	A colaboração organiza-se em torno de problemas físicos agudos; continuidade e serviços estáveis favorecem o cuidado centrado; a rotatividade o compromete; o foco na pessoa como um todo pode prevenir internações	VI
E8	Christensen et al. (2023), Dinamarca	Avaliar experiências de colaboração em equipe entre médicos de família designados e equipes de instituições de longa permanência	Qualitativo descritivo, informado pela coordenação relacional; nível B	Quatro médicos e sete profissionais (seis enfermeiras) de quatro instituições	Comunicação mais clara e oportuna, maior reconhecimento mútuo de papéis e mais contato presencial; divergências na interpretação das necessidades das pessoas residentes; pessoas residentes e familiares não foram ouvidos	VI
E9	Markle-Reid et al. (2023), Canadá	Avaliar intervenção de cuidado transicional centrada na pessoa, conduzida por equipe interprofissional, para pessoas idosas com	Ensaio clínico randomizado pragmático multicêntrico; nível A	90 pessoas com 55 anos ou mais, em dois programas ambulatoriais de reabilitação	Sem diferença em readmissões (desfecho primário); melhora da funcionalidade física, da autogestão e da experiência com o cuidado; sem custo adicional na perspectiva social	II

Nº	Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e articulação CCP–IP	Amostra e contexto	Principais resultados	NE
		acidente vascular cerebral e multimorbidade				
E10	Prado et al. (2023), Brasil	Compreender como profissionais da Estratégia Saúde da Família concebem a comunicação interprofissional e a atenção centrada no paciente como competências colaborativas	Qualitativo, estudo de casos múltiplos; nível A	34 entrevistas em três unidades de Curitiba e Guarulhos	Competências vistas como complementares; comunicação limitada por equipes incompletas e sobrecarga, tendendo a excluir a pessoa usuária; participação restrita a grupos e conselho local; minoria descreveu corresponsabilização pelo plano de cuidado	VI
E11	Bogerd et al. (2024), Países Baixos	Descrever a cocriação e o piloto de abordagem proativa e centrada na pessoa para pessoas com multimorbidade na medicina de família	Pesquisa-ação participativa; nível A	13 práticas; 22 médicos de família e 11 enfermeiras de prática; 21 entrevistas com pessoas usuárias	Etapas essenciais: seleção, consulta estendida centrada na pessoa e definição personalizada de metas; maior satisfação profissional e valorização do tempo pelas pessoas usuárias; desafios: remuneração, tempo, formação e prontuário	VI
E12	Sekanina et al. (2024), Alemanha	Explorar como pessoas atendidas em domicílio, familiares, enfermeiras, médicos de família e terapeutas percebem a colaboração interprofissional	Qualitativo (subestudo do projeto interprof HOME); nível A	20 pessoas usuárias, 21 familiares e nove grupos focais com 52 profissionais	Pessoas usuárias e familiares percebem pouca colaboração e assumem a coordenação; colaboração informal e frágil diante de necessidades complexas; recomendam pessoas de contato, reuniões conjuntas e ferramenta digital comum	VI
E13	Taqif et al. (2024), Canadá	Avaliar o efeito de treinamento presencial em decisão compartilhada interprofissional sobre a intenção de utilizá-la	Antes e depois por conglomerados (análise secundária de ensaio stepped-wedge); nível A	134 profissionais de atenção domiciliar (dois terços assistentes sociais)	Pequena redução da intenção após o treinamento, sem relevância clínica; influência social e crenças sobre capacidades associaram-se à intenção	VI
E14	Vasconcelos et al. (2024), Brasil	Avaliar a colaboração interprofissional e o clima de equipe na atenção primária e a relação entre eles	Transversal analítico multinível; nível B	97 equipes de Saúde da Família em Campo Grande (MS)	Participação na equipe, objetivos da equipe e orientação para tarefas associaram-se positivamente à colaboração; fatores de equipe pesaram mais do que características individuais	VI

Nº	Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e articulação CCP–IP	Amostra e contexto	Principais resultados	NE
E15	Christensen et al. (2025), Dinamarca	Testar a viabilidade de intervenção que apoia a medicina centrada na pessoa em instituições de longa permanência pelo envolvimento de pessoas residentes e familiares e pela comunicação interprofissional	Estudo de viabilidade qualitativo, guiado pela Normalization Process Theory; nível A	Duas instituições; dez pessoas residentes, quatro familiares, cinco profissionais e dois médicos	Questionário preenchido pela pessoa residente favoreceu o diálogo e o envolvimento; o modelo de comunicação foi considerado útil pela equipe da instituição, mas não foi usado pelos médicos	VI
E16	Doornebosch; Achterberg; Smaling (2025), Países Baixos	Identificar fatores que afetam a colaboração interprofissional em reuniões de equipe na reabilitação geriátrica	Observacional naturalístico com questionário pós-reunião; nível B	Sete reuniões em quatro serviços; 39 profissionais, uma pessoa usuária e um cuidador	Coordenação clara, gestão do tempo, procedimentos e participação ativa favoreceram a colaboração; medidas de desfecho usadas apenas incidentalmente; participação da pessoa usuária e do cuidador considerada essencial, mas insuficiente	VI
E17	Fumagalli et al. (2025), Brasil	Compreender como as práticas colaborativas interprofissionais se constroem no processo de trabalho das unidades de Saúde da Família	Exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa; nível B	Dados do PMAQ de 21 municípios e 17 entrevistas com trabalhadores (14 enfermeiras)	Reuniões de equipe regulares em 90,5% dos municípios; fragilidades: prática fragmentada, foco limitado na pessoa usuária, ausência de sua inclusão nas decisões e rotatividade médica	VI
E18	Mastalerz; Jordan; Connors (2025), Estados Unidos	Compreender experiências de pessoas internadas e da equipe interprofissional com rounds interdisciplinares à beira do leito	Qualitativo descritivo; nível A	14 pessoas internadas e 18 profissionais (enfermagem, farmácia, coordenação do cuidado)	Pessoas usuárias sentiram-se incluídas no planejamento e confiaram mais na equipe; jargão e planos vagos geraram desconforto; equipe relatou mais compreensão, respeito e confiança	VI
E19	Nordmann et al. (2025), Alemanha	Caracterizar padrões de comunicação e colaboração entre consultórios de medicina de família e serviços de enfermagem domiciliar	Qualitativo, entrevistas semiestruturadas; nível B	17 participantes (sete de consultórios e dez de enfermagem domiciliar)	Comunicação predominantemente por fax e telefone, centrada em prescrições; hierarquia e fragmentação como barreiras; colaboração real rara; demanda por educação interprofissional e canais seguros	VI
E20	Tetzlaff et al. (2025), Alemanha	Desenvolver conceito de cuidado	Métodos mistos de desenvolvimento	Entrevistas, grupos focais, inquérito com	Conceito com cinco componentes: coordenadores do cuidado, visita domiciliar	VI

Nº	Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e articulação CCP–IP	Amostra e contexto	Principais resultados	NE
		interprofissional centrado na pessoa para pessoas com necessidade de cuidados no domicílio	o de intervenção (referencial do Medical Research Council); nível A	221 participantes, estudos de caso e oficinas de cocriação	conjunta inicial, mensageria digital segura, telefone dedicado e reuniões conjuntas; pessoa usuária como integrante da equipe e plano orientado por metas	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: CCP: cuidado centrado na pessoa; IP: interprofissional; NE: nível de evidência segundo Melnyk; Fineout-Overholt (2023).

Nota: Nível A: referencial de CCP explícito ou intervenção avaliada; nível B: dimensão da pessoa usuária analisada empiricamente, sem referencial explícito.

3.2 Qualidade metodológica

Na apreciação pelo MMAT, os estudos qualitativos apresentaram, em geral, adequação entre pergunta, coleta e análise, com limitações recorrentes relacionadas a amostras pequenas, autosselecionadas e restritas a um único município ou região (E6, E8, E15, E19) e à ausência da perspectiva das pessoas usuárias em parte deles (E7, E8, E13, E14, E19). Entre os ensaios clínicos, os principais riscos identificados foram a impossibilidade de cegamento, típica de intervenções organizacionais, e a perda de precisão nas estimativas (E1, E5, E9); em E1, o resultado do desfecho primário foi sensível à exclusão de um conglomerado discrepante. O estudo antes e depois (E2) utilizou amostras distintas em cada período e intervalo de cerca de três anos entre as coletas, o que limita a atribuição causal. Os estudos transversais (E3, E14) não permitem inferência de causalidade, e E14 apresentou inconsistência no tamanho amostral entre resumo e resultados.

3.3 Categorias temáticas

A análise resultou em quatro categorias. A primeira, estratégias de integração, reuniu os mecanismos pelos quais a colaboração e a centralidade da pessoa foram articuladas: decisão compartilhada interprofissional (E1, E5, E13), planos de cuidado e metas construídos com a pessoa (E6, E9, E11, E20), coordenação do cuidado com profissional de referência (E9, E12, E20), visitas e reuniões conjuntas (E16, E17, E20), rounds à beira do leito (E18), apoio matricial (E4) e instrumentos para expressão das prioridades da pessoa residente (E15). A segunda, efeitos sobre pessoas usuárias e qualidade, mostrou benefícios em experiência, autogestão, funcionalidade,

satisfação e percepção de inclusão (E2, E9, E15, E18), com efeitos nulos ou imprecisos nos desfechos primários de maior exigência, como readmissão, empoderamento e papel decisório (E1, E2, E5, E9). A terceira, condições organizacionais e relacionais, reuniu o clima de equipe, a confiança, o reconhecimento mútuo de papéis e a continuidade como facilitadores (E3, E6, E8, E14, E18), e a rotatividade, o tempo, a remuneração, a hierarquia e os canais de comunicação precários como barreiras (E6, E7, E11, E12, E19). A quarta, participação da pessoa usuária, evidenciou o contraste entre o discurso da centralidade e a prática: nos estudos brasileiros e alemães, a colaboração entre profissionais coexistiu com exclusão ou participação periférica da pessoa usuária, que muitas vezes assume ela própria a coordenação entre serviços (E4, E10, E12, E16, E17).

Quadro 4 – Estratégias de cuidado centrado na pessoa no trabalho interprofissional: finalidade, benefícios e limitações

Estratégia	Finalidade	Benefícios descritos	Limitações e riscos	Estudos e referências
Projeto Terapêutico Singular	Construir, em equipe e com a pessoa, proposta terapêutica para situações complexas, com metas, responsabilidades e reavaliação	Integra saberes, singulariza o cuidado e corresponsabiliza equipe, pessoa usuária e rede	Pode tornar-se documento burocrático elaborado sem a pessoa; exige tempo protegido e reuniões regulares	Brasil (2009); E4, E10, E17
Clínica ampliada e compartilhada	Ampliar o objeto do cuidado da doença para a pessoa em seu contexto, compartilhando decisões e responsabilidades	Reduz medicalização e fragmentação; valoriza a autonomia	Depende de mudança de cultura e de cogestão; baixa mensuração empírica	Brasil (2009); Brasil (2013a)
Apoio matricial	Oferecer retaguarda assistencial e técnico-pedagógica às equipes de referência	Amplia a resolutividade da atenção primária e qualifica as equipes	Pode reproduzir a lógica de encaminhamento e a delegação ao especialista	Campos; Domitti (2007); E4
Reuniões de equipe e discussão de casos	Partilhar informações, pactuar planos e distribuir responsabilidades	Melhora a coordenação e o reconhecimento de papéis	Baixa participação da pessoa usuária; ineficiência sem coordenação e tempo definidos	E16, E17, E20
Tomada de decisão compartilhada interprofissional	Envolver a pessoa e a família em decisões que mobilizam várias profissões	Melhora a concordância entre papel preferido e assumido	Efeitos modestos; treinamentos breves não bastam	Elwyn et al. (2017); E1, E5, E13
Gestão de caso e coordenação do cuidado	Atribuir a um profissional de referência a articulação entre pessoa, família, equipe e rede	Continuidade, transições seguras, melhor experiência e autogestão	Sobrecarga do coordenador; dependência de sistemas de informação	Karam et al. (2021); E9, E12, E20
Rounds e visitas conjuntas	Reunir profissionais e a pessoa no mesmo	Maior inclusão, confiança e clareza do plano	Jargão, apresentações longas e falta de suporte estrutural	E18, E20

Estratégia	Finalidade	Benefícios descritos	Limitações e riscos	Estudos e referências
	momento de avaliação e planejamento			
Educação interprofissional em serviço	Desenvolver competências colaborativas e centradas na pessoa no próprio trabalho	Mudança de clima e de práticas; sustentabilidade quando há pessoa de referência	Alcance parcial das equipes; efeito limitado sem mudança organizacional	Brasil (2007); E2, E6, E13

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 1 – Indicadores e instrumentos para avaliação da integração entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional

Dimensão	Indicadores e instrumentos	Uso no corpus ou observação
Experiência da pessoa usuária (PREMs)	Questionário de experiência de cuidado centrado na pessoa (Person-Centred Coordinated Care Experience Questionnaire, P3CEQ); escalas de satisfação com o cuidado; percepção de envolvimento nas decisões	P3CEQ em E9; satisfação em E2; envolvimento em E5
Desfechos relatados pela pessoa usuária (PROMs)	Funcionalidade física e mental (SF-12); sintomas depressivos (CES-D-10); autogestão; empoderamento; qualidade de vida	SF-12, CES-D-10 e autogestão em E9; empoderamento em E2
Decisão compartilhada	Papel na decisão (Control Preferences Scale); conflito decisional; arrependimento decisional; sobrecarga do cuidador	E1 e E5
Colaboração interprofissional	Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-II); escala de atitudes de Jefferson sobre colaboração interprofissional; coordenação relacional	AITCS-II em E14; coordenação relacional como referencial em E8
Clima e funcionamento da equipe	Escala de Clima do Trabalho em Equipe (versão brasileira do Team Climate Inventory); observação estruturada de reuniões	E14 e E16
Prática centrada na pessoa	Percepções de cuidado centrado em equipes; inventários de prática centrada na pessoa aplicados à equipe; proporção de planos de cuidado com metas definidas pela pessoa	E3; planos em E6, E11 e E20
Segurança do paciente	Readmissões; eventos adversos; quedas; conciliação medicamentosa nas transições; cultura de segurança	Readmissão em E9; comunicação sobre medicamentos em E15
Processo e estrutura	Periodicidade de reuniões de equipe; proporção de pessoas com PTS ou plano compartilhado; existência de profissional de referência; canais de comunicação compartilhados; continuidade do vínculo; custos	Reuniões em E17; canais em E12 e E19; custos em E9

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos.

4 DISCUSSÃO

4.1 Cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional: convergências conceituais e polissemia dos termos

O primeiro achado desta revisão é de natureza conceitual. Embora a definição de prática colaborativa da OMS inclua as pessoas usuárias, as famílias e as comunidades como integrantes da colaboração (World Health Organization, 2010), e embora os referenciais de competências

situem o cuidado centrado na pessoa como domínio constitutivo da colaboração (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010; Interprofessional Education Collaborative, 2023), apenas parte dos estudos incluídos operacionalizou simultaneamente os dois conceitos. Mesmo entre os estudos de nível A, a expressão "centrado" recobriu objetos distintos: o modelo de Gotemburgo, com ênfase na narrativa e na parceria documentada (E2, E6); a decisão compartilhada interprofissional, focalizada no momento da escolha (E1, E5, E13); a definição personalizada de metas na multimorbidade (E9, E11); e a medicina centrada na pessoa na instituição de longa permanência (E15). A heterogeneidade não é apenas terminológica: ela determina o que é medido e, portanto, o que pode ser afirmado sobre efeitos.

Do mesmo modo, a interprofissionalidade foi empregada de forma polissêmica. Diversos estudos identificados nas buscas usavam o adjetivo para designar a mera presença de diferentes categorias, o que justificou o critério operacional adotado. Mesmo entre os incluídos, os mecanismos de colaboração variaram de arranjos estruturados, como a visita domiciliar conjunta e o coordenador do cuidado (E20), a interações informais e dependentes de relações pessoais (E12, E19). A distinção entre trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede (Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018) e a tipologia equipe integração e equipe agrupamento (Peduzzi, 2001; Peduzzi *et al.*, 2020) mostraram-se ferramentas analíticas úteis: boa parte dos arranjos descritos na atenção domiciliar alemã e dinamarquesa aproxima-se da coordenação ou do trabalho em rede, e não da colaboração em sentido estrito. Esses achados reforçam a advertência de que a integração entre os dois conceitos não pode ser presumida a partir do rótulo atribuído pelos autores, devendo ser examinada a partir dos mecanismos efetivamente descritos.

4.2 Modelos e referenciais de prática centrada na pessoa e de prática colaborativa: da teoria à operacionalização

Os estudos de maior consistência metodológica partiram de referenciais explícitos e de modelos de desenvolvimento de intervenções complexas. O projeto interprof HOME seguiu o referencial do Medical Research Council e combinou revisões, entrevistas, grupos focais, inquérito e oficinas de cocriação para chegar a um conceito de cinco componentes, no qual a pessoa atendida em domicílio é tratada como integrante da equipe interprofissional (E20). A pesquisa-ação participativa holandesa também partiu da cocriação com profissionais e pessoas usuárias para definir etapas essenciais do cuidado centrado na pessoa com multimorbidade (E11),

e o estudo dinamarquês sobre medicina centrada na pessoa utilizou a Normalization Process Theory para examinar a incorporação da intervenção às rotinas (E15). Essa convergência metodológica é coerente com o Person-centred Practice Framework, que localiza a prática centrada na pessoa na interação entre os atributos dos profissionais, o ambiente de prática e os processos de cuidado (McCormack; McCance, 2017; McCormack *et al.*, 2021): intervenções que atuam apenas no plano individual, como treinamentos breves, tendem a produzir efeitos limitados quando o ambiente de prática permanece inalterado (E5, E13).

O referencial de Gotemburgo, por sua vez, foi transposto para a psiquiatria hospitalar por meio de intervenção educativa dirigida a todas as categorias, com projetos de enfermaria e grupo gestor. Os resultados qualitativos foram favoráveis, mas o desfecho primário de empoderamento não se modificou (E2, E6). Essa dissociação entre mudanças percebidas pela equipe e desfechos relatados pelas pessoas usuárias é um padrão recorrente no corpus e sugere que a operacionalização dos referenciais avançou mais na dimensão dos processos do que na dos resultados. A articulação teórica mais promissora parece ser aquela que combina um referencial de cuidado centrado na pessoa, que define o horizonte ético e os processos, com um referencial de implementação, que explica as condições de incorporação da prática ao cotidiano dos serviços.

4.3 Organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: atenção primária, eMulti, apoio matricial, atenção especializada e hospitalar

Na atenção primária, os estudos brasileiros indicam que a Estratégia Saúde da Família dispõe de espaços coletivos que favorecem a colaboração, como as reuniões de equipe, presentes de forma regular na maioria dos municípios analisados em São Paulo (E17), e de um clima de equipe associado positivamente à colaboração interprofissional (E14). Contudo, as mesmas pesquisas apontam prática fragmentada, rotatividade médica e foco limitado na pessoa usuária (E17). Estudos não incluídos por não atenderem ao critério de centralidade da pessoa mostram tendência semelhante: profissionais relatam atitudes colaborativas elevadas, mas a observação do processo de trabalho revela atuação isolada e ausência de reuniões em parte das unidades (Ribeiro *et al.*, 2022; Graça *et al.*, 2024).

O apoio matricial, concebido como retaguarda assistencial e técnico-pedagógica às equipes de referência (Campos; Domitti, 2007), aparece no corpus como dispositivo capaz de provocar reflexão sobre a prática, mas também como espaço de reprodução da lógica do

encaminhamento ao especialista (E4). A criação das eMulti, em 2023, ampliou o leque de categorias, introduziu a possibilidade de atendimento remoto e vinculou o financiamento a componentes de desempenho (Brasil, 2023). Análise das potencialidades e dos desafios dessa política indica que os ganhos dependem da definição clara da organização do trabalho, das regras de colaboração e de compartilhamento, da infraestrutura, da proteção contra vínculos precários e de uma política de formação, e propõe o reconhecimento da interprofissionalidade como princípio orientador do SUS (Bispo Júnior; Almeida, 2023). Não foram identificados, no período, estudos empíricos indexados que avaliassem a articulação entre eMulti e cuidado centrado na pessoa, o que constitui lacuna relevante para a agenda de pesquisa.

Na atenção domiciliar e nas instituições de longa permanência, a evidência internacional mostra que a colaboração entre enfermagem e medicina de família tende a se organizar em torno de demandas pontuais, como prescrições e intercorrências, por meio de canais pouco adequados (E12, E19). A designação de médicos de referência para instituições de longa permanência melhorou a clareza e a oportunidade da comunicação e o reconhecimento mútuo de papéis (E8), mas, sem instrumentos dirigidos à pessoa residente, a centralidade da pessoa permaneceu implícita, o que só se alterou quando um questionário de prioridades foi incorporado ao fluxo (E15). No hospital, os rounds interdisciplinares à beira do leito produziram sensação de inclusão e confiança nas pessoas internadas (E18), e a transposição do modelo de Gotemburgo para enfermarias de psicose mostrou-se viável (E6). No cuidado transicional, a intervenção conduzida por equipe interprofissional com coordenador do cuidado melhorou a experiência e a autogestão de pessoas idosas com acidente vascular cerebral e multimorbidade, sem custo adicional (E9). Em conjunto, esses achados sustentam que a integração entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional exige dispositivos de coordenação explícitos ao longo da rede, e não apenas no interior de cada serviço, em consonância com as redes integradas propostas pela OPAS (Organización Panamericana de la Salud, 2010; Mendes, 2011).

Quadro 5 – Recomendações da OMS, da OPAS e do Ministério da Saúde sobre cuidado centrado na pessoa, serviços integrados e prática colaborativa

Instituição e documento	Conceito central	Principais recomendações	Implicações para o SUS
OMS – Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (2010)	Prática colaborativa com pessoas usuárias, famílias e comunidades; educação interprofissional	Integrar educação interprofissional à formação e ao serviço; criar mecanismos institucionais, de cultura de trabalho e de ambiente que sustentem a colaboração	Fundamenta o PET-Saúde Interprofissionalidade, as Diretrizes Curriculares e a educação permanente

Instituição e documento	Conceito central	Principais recomendações	Implicações para o SUS
OMS – Framework on Integrated, People-Centred Health Services (2016)	Serviços integrados e centrados nas pessoas	Envolver e empoderar pessoas e comunidades; fortalecer governança; reorientar o modelo de atenção; coordenar serviços dentro e entre setores; criar ambiente favorável	Reforça a atenção primária como coordenadora e a participação social
OMS – Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (2021)	Eliminação de danos evitáveis	Envolver e empoderar pessoas usuárias e famílias; fortalecer a comunicação e o trabalho em equipe	Dialoga com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
OPAS – Redes Integradas de Servicios de Salud (2010)	Integração contra a fragmentação	Atenção primária como porta de entrada e coordenadora; população e território definidos; atenção centrada na pessoa, na família e na comunidade	Base das Redes de Atenção à Saúde
OPAS – La educación interprofesional en la atención de salud (2017)	Educação interprofissional para a saúde universal	Formular planos nacionais de educação interprofissional; articular ensino e serviço	Orienta a política de formação e a integração ensino-serviço-comunidade
Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização (2013)	Humanização, cogestão e clínica ampliada	Acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos das pessoas usuárias	Dispositivos de PTS, equipes de referência e apoio matricial
Ministério da Saúde – PNAB (2017) e eMulti (2023)	Trabalho em equipe e coordenação do cuidado na atenção primária	Equipes multiprofissionais com atuação compartilhada; incentivo financeiro de implantação, custeio e desempenho	Requer regras de colaboração, vínculos estáveis e formação
Ministério da Saúde – PNEPS (2007) e PNSP (2013)	Aprendizagem no trabalho; segurança do paciente	Educação a partir dos problemas do serviço; envolvimento de pacientes e familiares na segurança	Espaços de formação interprofissional em serviço

Fonte: Elaborado pelos autores com base em World Health Organization (2010), World Health Organization (2016), World Health Organization (2021), Organización Panamericana de la Salud (2010), Organización Panamericana de la Salud (2017), Brasil (2013a), Brasil (2017), Brasil (2023), Brasil (2007) e Brasil (2013b).

4.4 Ferramentas de gestão do cuidado: Projeto Terapêutico Singular, clínica ampliada, plano de cuidado compartilhado e gestão de caso

O corpus internacional não emprega a nomenclatura brasileira, mas descreve ferramentas funcionalmente equivalentes ao PTS e à clínica ampliada: planos de cuidado centrados na pessoa (E6), metas personalizadas definidas em consulta estendida (E11), planos orientados por metas construídos em visita domiciliar conjunta (E20) e planos de cuidado transicional com conferências mensais da equipe (E9). Esses estudos indicam três elementos que conferem efetividade às ferramentas: a presença da pessoa no momento da construção do plano, a existência de um profissional de referência responsável pelo seguimento e a reavaliação periódica em espaço coletivo. A comparação com a produção brasileira é instrutiva: os dispositivos previstos pela Política Nacional de Humanização e pela clínica ampliada (Brasil, 2009; Brasil, 2013a) contemplam esses elementos, mas os estudos empíricos indicam que a

corresponsabilização pelo plano de cuidado é descrita apenas por uma minoria de profissionais (E10) e que a pessoa usuária raramente participa das decisões (E17).

A gestão de caso e a coordenação do cuidado, por sua vez, aparecem como estratégias com maior plausibilidade de efeito sobre a experiência. A revisão de escopo sobre coordenação do cuidado de enfermagem destacou a intensidade e a frequência das atividades, a continuidade relacional e as visitas domiciliares como componentes críticos para pessoas com necessidades complexas (Karam *et al.*, 2021), o que converge com os componentes do ensaio canadense (E9) e do conceito alemão (E20). A principal limitação dessas ferramentas no SUS é a dependência de tempo protegido, de prontuário que permita o registro compartilhado do plano e de estabilidade das equipes.

4.5 Comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e participação da pessoa usuária e da família

A comunicação interprofissional foi o eixo mais transversal do corpus. Os estudos mostram que a comunicação mediada por fax, telefone e prescrições, sem sistema de documentação compartilhado, transfere à pessoa usuária e aos familiares a tarefa de coordenar o próprio cuidado (E12, E19). Na Estratégia Saúde da Família, a comunicação interprofissional foi descrita como orientada às necessidades de saúde, mas limitada por equipes incompletas e sobrecarga, e tendente a excluir a pessoa usuária (E10). Em contraste, a comunicação face a face e regular, propiciada pelo médico designado ou pelos rounds à beira do leito, associou-se a maior confiança e reconhecimento de papéis (E8, E18).

A tomada de decisão compartilhada interprofissional constitui a estratégia com o melhor nível de evidência no corpus, com dois ensaios randomizados por conglomerados no contexto da atenção domiciliar canadense. Os resultados, contudo, são modestos: o treinamento das equipes aumentou de forma não significativa o papel ativo de cuidadores e de pessoas idosas e melhorou a concordância entre o papel preferido e o assumido (E1, E5), e a intenção dos profissionais de utilizar a abordagem não aumentou após o treinamento (E13). Esses achados sugerem que a decisão compartilhada interprofissional depende menos da capacitação pontual e mais de mudanças nas rotinas, na distribuição de papéis e na cultura da equipe, o que é coerente com o modelo de três momentos da decisão compartilhada, que pressupõe tempo e continuidade para a deliberação (Elwyn *et al.*, 2017). A participação da família emergiu como dimensão específica: nos ensaios canadenses, o cuidador foi o próprio sujeito da intervenção decisória,

enquanto, na reabilitação geriátrica holandesa, a presença de pessoa usuária e de cuidador nas reuniões foi excepcional (E16).

4.6 Efeitos sobre a qualidade, a segurança do paciente e os desfechos clínicos

Os efeitos sobre desfechos clínicos e de segurança permanecem o ponto mais frágil da evidência. No único ensaio do corpus que avaliou readmissão, não houve diferença entre os grupos (E9). As revisões sistemáticas disponíveis convergem nessa direção: a revisão Cochrane sobre colaboração interprofissional encontrou evidência de baixa certeza de pequenos benefícios em desfechos de prática e de saúde (Reeves *et al.*, 2017); a revisão sobre colaboração interprofissional em internação identificou efeito positivo sobre desfechos relatados pelas pessoas usuárias, mas com risco de viés elevado e imprecisão (Kaiser *et al.*, 2022); e a revisão guarda-chuva sobre cuidado centrado na pessoa e segurança do paciente encontrou evidência encorajadora, porém inconsistente, de redução de quedas em cuidados agudos e em instituições de longa permanência e de agitação em pessoas com demência, com evidência escassa sobre infecções e mortalidade (Rossiter; Levett-Jones; Pich, 2020). Em condições crônicas, metanálise de práticas colaborativas interprofissionais na atenção primária associou-as à melhora de desfechos em pessoas com diabetes e hipertensão (Lee *et al.*, 2021), e outra revisão avaliou o impacto da colaboração no manejo de doenças crônicas em comparação com o cuidado usual (Pascucci *et al.*, 2021).

A leitura crítica dessa evidência permite duas interpretações complementares. A primeira é que desfechos duros, como readmissão e mortalidade, são influenciados por múltiplos determinantes e exigem amostras e períodos de seguimento incompatíveis com a maior parte dos estudos de implementação. A segunda é que as intervenções avaliadas raramente modificam simultaneamente as dimensões interprofissional e centrada na pessoa, de modo que os efeitos esperados da sua integração ainda não foram testados de forma adequada. Do ponto de vista da segurança, o corpus sugere mecanismos plausíveis, como a comunicação estruturada sobre medicamentos entre médicos e equipes de instituições de longa permanência (E15) e a clareza do plano de cuidado nas transições (E9, E18), que devem ser objeto de avaliação específica, em consonância com o objetivo de envolvimento de pessoas e famílias do plano global de segurança do paciente (World Health Organization, 2021).

4.7 Experiência e satisfação da pessoa usuária: instrumentos, mensuração (PROMs e PREMs) e resultados

Os resultados mais consistentes do corpus situam-se no campo da experiência. O ensaio canadense mostrou melhora da experiência de cuidado coordenado e centrado na pessoa, medida por instrumento específico, e da funcionalidade física (E9); a intervenção sueca aumentou a satisfação (E2); e os estudos qualitativos registraram sensação de inclusão no planejamento, confiança na equipe e maior envolvimento de pessoas residentes e familiares (E15, E18). Esses achados são relevantes porque a experiência da pessoa usuária constitui dimensão própria da qualidade, e não apenas indicador intermediário. A pesquisa PaRIS reforçou essa perspectiva ao medir, em diversos países, desfechos e experiências relatados por pessoas com condições crônicas na atenção primária (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025).

Há, entretanto, uma assimetria marcante: dos 20 estudos, apenas nove incluíram a perspectiva das pessoas usuárias ou de familiares como fonte de dados (E1, E2, E5, E9, E11, E12, E15, E18, E20), e nenhum estudo brasileiro do corpus mediu a experiência ou desfechos relatados pela pessoa usuária. A mensuração no país permanece centrada em percepções e atitudes de profissionais (E14) (Graça *et al.*, 2024). A Tabela 1 sistematiza instrumentos que podem compor um painel de avaliação, combinando PREMs, PROMs, medidas de decisão compartilhada, de colaboração e de processo; a escolha de instrumentos validados para o português brasileiro e de indicadores sensíveis à realidade do SUS é condição para que a centralidade da pessoa deixe de ser apenas declarada.

4.8 Trabalho das equipes: clima, colaboração, satisfação profissional, sofrimento e esgotamento

O clima de equipe mostrou-se condição relevante para a colaboração: na atenção primária brasileira, participação na equipe, objetivos compartilhados e orientação para as tarefas associaram-se positivamente à colaboração interprofissional, e os fatores de equipe pesaram mais do que as características individuais (E14). Em equipes canadenses de saúde mental, a crença nos benefícios da colaboração associou-se a maiores percepções de cuidado centrado, especialmente em equipes mais colaborativas, e a colaboração mediou a relação entre o desempenho adaptativo da equipe e o cuidado centrado (E3). Esses achados indicam que o

cuidado centrado na pessoa é, em boa medida, uma propriedade coletiva, dependente das relações no interior da equipe.

A satisfação profissional apareceu como efeito colateral positivo de abordagens centradas na pessoa, como a consulta estendida para pessoas com multimorbidade (E11), e o clima mais calmo nas enfermarias de psicose foi descrito como resultado da implementação (E6). Por outro lado, a sobrecarga, a falta de tempo e a rotatividade foram barreiras persistentes (E6, E7, E10, E17), e situações em que profissionais precisaram comprometer o próprio julgamento diante de divergências sobre as necessidades da pessoa residente foram relatadas como fonte de tensão (E8). Nenhum estudo do corpus mediu diretamente sofrimento psíquico ou esgotamento profissional, o que constitui lacuna importante, uma vez que a colaboração pode tanto proteger contra o esgotamento, pelo compartilhamento de responsabilidades, quanto ampliá-lo, quando se soma a equipes incompletas e a metas de desempenho.

4.9 Atuação da enfermagem e das demais categorias profissionais na prática colaborativa

A enfermagem ocupou posição central em grande parte dos estudos. Nas instituições de longa permanência dinamarquesas, enfermeiras foram as principais interlocutoras dos médicos designados (E8); na atenção domiciliar alemã, as enfermeiras foram descritas como elo entre pessoa usuária, família e medicina de família, mas em relação marcada pela hierarquia, sintetizada na expressão de que a colaboração seria "muito dependente do médico" (E19); nas enfermarias de psicose suecas, as equipes de enfermagem conduziram a maior parte das mudanças (E6); e, no estudo paulista sobre práticas colaborativas na Estratégia Saúde da Família, a maioria dos participantes era composta por enfermeiras (E17). A coordenação do cuidado como atividade de enfermagem, com ações dirigidas à pessoa, à família, às equipes e à aproximação entre elas (Karam *et al.*, 2021), e o processo de enfermagem, com planejamento e avaliação sistemáticos (Conselho Federal de Enfermagem, 2024), conferem à categoria condições privilegiadas para articular o plano de cuidado compartilhado. Esse protagonismo, contudo, não deve ser confundido com a sobrecarga de funções de coordenação sem reconhecimento formal, autonomia ou tempo protegido.

As demais categorias apareceram de modo desigual. A medicina foi, simultaneamente, condição de efetividade e foco de resistência: a designação de médicos de referência melhorou a comunicação (E8), mas o modelo de comunicação sobre medicamentos foi considerado

desnecessário pelos médicos (E15), e as apresentações longas de casos foram apontadas como barreira nos rounds (E18). O serviço social predominou entre os participantes do treinamento em decisão compartilhada (E13); a terapia ocupacional, a fisioterapia e a fonoaudiologia compuseram a equipe do cuidado transicional (E9); a farmácia participou dos rounds à beira do leito (E18); e agentes comunitários de saúde integraram os participantes do estudo sobre práticas colaborativas na Estratégia Saúde da Família (E17). O Quadro 6 sintetiza contribuições de cada categoria na prática colaborativa centrada na pessoa, considerando as atribuições previstas na política de atenção primária e nas eMulti (Brasil, 2017; Brasil, 2023).

Quadro 6 – Atribuições e contribuições das categorias profissionais na prática colaborativa centrada na pessoa

Categoria	Contribuições na prática colaborativa centrada na pessoa
Enfermagem	Acolhimento e avaliação de necessidades; processo de enfermagem e plano de cuidado; coordenação do cuidado e gestão de caso; educação em saúde e apoio à autogestão; articulação entre pessoa, família, equipe e rede; segurança nas transições
Medicina	Diagnóstico e manejo clínico; revisão terapêutica e desprescrição na multimorbidade; decisão compartilhada sobre opções terapêuticas; participação em discussão de casos e em visitas conjuntas
Odontologia	Cuidado em saúde bucal integrado ao plano da pessoa; atenção a grupos prioritários e a pessoas com condições crônicas; ações coletivas no território
Nutrição	Avaliação e plano alimentar construído a partir dos hábitos, da cultura e das condições socioeconômicas da pessoa; apoio à segurança alimentar e nutricional
Psicologia	Cuidado em saúde mental compartilhado; apoio a pessoas e famílias em sofrimento; mediação de conflitos e apoio às equipes; apoio matricial
Fisioterapia	Avaliação funcional; reabilitação orientada por metas definidas com a pessoa; prevenção de quedas; cuidado domiciliar e transicional
Farmácia	Cuidado farmacêutico; conciliação e revisão de medicamentos; apoio à adesão e à segurança no uso de medicamentos; participação em rounds e em decisões terapêuticas
Serviço social	Avaliação de determinantes sociais; articulação intersetorial e com a rede de proteção social; apoio a decisões que envolvem moradia, cuidado e direitos
Educação física	Promoção da atividade física adaptada às preferências e às condições da pessoa; práticas corporais e grupos no território
Agente comunitário de saúde	Vínculo com as famílias e o território; identificação de necessidades e de vulnerabilidades; mediação entre a pessoa usuária e a equipe; acompanhamento domiciliar

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Brasil (2017), Brasil (2023), Conselho Federal de Enfermagem (2024) e nos estudos incluídos.

4.10 Educação interprofissional, formação em serviço e educação permanente como estratégias de transformação

A educação interprofissional apareceu no corpus sobretudo como formação em serviço. A intervenção educativa sueca, que envolveu cerca de um terço das equipes em aulas, oficinas e projetos de enfermaria, produziu mudanças percebidas na cultura de trabalho (E2, E6), enquanto os treinamentos breves em decisão compartilhada não modificaram de forma significativa a

intenção dos profissionais nem o papel das pessoas usuárias (E5, E13). A comparação sugere que a formação em serviço é mais efetiva quando articulada a mudanças organizacionais, a pessoas de referência e a projetos concretos, o que corresponde à proposta da educação permanente em saúde de tomar os problemas do trabalho como ponto de partida (Brasil, 2007). Os profissionais alemães e brasileiros, por sua vez, apontaram a educação interprofissional como necessidade para superar padrões hierárquicos de comunicação (E19) e para criar condições de trabalho colaborativo (E17).

Na formação inicial, a experiência brasileira com o PET-Saúde Interprofissionalidade induziu reformas curriculares e disciplinas interprofissionais, mas a interprofissionalidade ainda não se converteu em política institucional das instituições de ensino, e os processos de avaliação permanecem incipientes (Brinco; França; Magnago, 2022). Revisão sistemática sobre educação interprofissional e colaboração entre estudantes e profissionais reforçou a necessidade de investimento em avaliação rigorosa dessas iniciativas (Spaulding *et al.*, 2021). Os princípios aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde para as diretrizes curriculares da área (Conselho Nacional de Saúde, 2017) e as recomendações da OMS e da OPAS (World Health Organization, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2017) oferecem base normativa, mas a transposição para a prática exige que o cuidado centrado na pessoa seja conteúdo explícito da educação interprofissional, e não apenas consequência presumida do convívio entre estudantes de diferentes cursos.

4.11 Equidade, determinantes sociais, territorialização e cuidado centrado na pessoa no SUS

O cuidado centrado na pessoa pode, paradoxalmente, ampliar desigualdades quando pressupõe pessoas usuárias com alta escolaridade, letramento em saúde e disponibilidade para participar de decisões. No corpus, a participação foi mais intensa justamente em contextos de maior estruturação dos serviços e de maior disponibilidade de tempo (E11, E20), e as pessoas com necessidades complexas e vulnerabilidade social tenderam a assumir sozinhas a coordenação do cuidado (E12). Na perspectiva do SUS, a centralidade da pessoa não pode ser reduzida à escolha individual entre opções terapêuticas: ela deve incorporar os determinantes sociais, o território e as condições concretas de vida, o que o arranjo da Estratégia Saúde da Família, com adscrição de população, agentes comunitários de saúde e visitas domiciliares, favorece (Brasil, 2017).

A territorialização confere à experiência brasileira um potencial singular. A mediação do agente comunitário de saúde, prevista na organização da atenção primária (Brasil, 2017), a articulação com a rede de proteção social e o apoio matricial (E4) permitem que o plano de cuidado considere a situação de moradia, de trabalho, de renda e de rede de apoio. Entretanto, os estudos brasileiros revelaram que a participação da pessoa usuária ficou restrita a grupos de prevenção e promoção e a conselhos locais com baixa frequência, predominando uma concepção de transferência da responsabilidade pelo cuidado aos profissionais (E10). Trata-se, portanto, de discutir o cuidado centrado na pessoa como questão de equidade e de democratização das relações de cuidado, e não apenas como técnica de comunicação clínica. Essa perspectiva exige que as equipes reconheçam diferenças de raça, gênero, território, deficiência e geração como dimensões que conformam necessidades e formas de participação, adaptando linguagens, horários e espaços de decisão às condições das pessoas usuárias.

4.12 Barreiras à implementação: hierarquias profissionais, fragmentação, rotatividade, precarização dos vínculos, financiamento, modelos de remuneração e cultura institucional

As barreiras identificadas operam em quatro níveis, em consonância com a revisão de revisões sobre colaboração na atenção primária, que localizou a maior parte delas nos planos organizacional e interindividual, destacando falta de tempo e de formação, papéis pouco claros, preocupações com a identidade profissional e comunicação deficiente (Rawlinson *et al.*, 2021). No plano interindividual e profissional, a hierarquia foi explicitamente apontada como barreira (E19), assim como as divergências entre categorias na interpretação das necessidades da pessoa (E8) e a resistência médica a instrumentos de comunicação (E15). No plano organizacional, a rotatividade (E6, E7, E17), as equipes incompletas e a sobrecarga (E10), a falta de tempo protegido (E6, E11) e a ausência de sistemas de documentação compartilhados (E12, E19) foram recorrentes. No plano sistêmico, a remuneração inadequada para consultas estendidas e para atividades de colaboração foi apontada como obstáculo à sustentabilidade das abordagens centradas na pessoa (E11, E12).

As relações de poder entre profissões merecem destaque específico. A hierarquia médica, a desvalorização do trabalho de enfermagem e de outras categorias e a assimetria na definição das decisões configuram o que a tipologia de equipe denomina desigualdade na valoração dos trabalhos especializados (Peduzzi, 2001). Essas assimetrias se reproduzem na relação com a pessoa usuária, cuja participação tende a ser tanto mais restrita quanto mais verticalizada é a

equipe (E10, E17, E19). No SUS, a precarização dos vínculos de trabalho e a rotatividade das equipes agravam essas condições, pois a colaboração e a parceria com a pessoa dependem de continuidade e de confiança construídas ao longo do tempo (Bispo Júnior; Almeida, 2023). Do ponto de vista do financiamento, a vinculação de parte dos recursos das eMulti e da atenção primária a componentes de desempenho e de vínculo (Brasil, 2023; Brasil, 2024) cria oportunidade de indução, desde que os indicadores contemplem processos colaborativos e a experiência das pessoas usuárias, e não apenas a produção de procedimentos.

4.13 Estratégias e perspectivas baseadas em evidências: reorganização dos processos de trabalho, liderança colaborativa, tecnologias de informação e indicadores de avaliação

A síntese das evidências permite identificar um conjunto de estratégias com maior plausibilidade de efeito. A primeira é a reorganização dos processos de trabalho com dispositivos explícitos de coordenação: profissional de referência, visita ou consulta conjunta inicial com a pessoa e a família, reuniões regulares com pauta e coordenação definidas e reavaliação periódica do plano (E9, E16, E20). A segunda é a liderança colaborativa, materializada em grupos gestores e em pessoas de referência para a implementação (E6) e associada a clima de equipe favorável (E14). A terceira são as tecnologias de informação: canais digitais seguros de comunicação, prontuário que registre o plano compartilhado e instrumentos preenchidos pela própria pessoa usuária (E12, E15, E20). A quarta é a avaliação, com painel que combine PREMs, PROMs, indicadores de colaboração e de processo (Tabela 1). A Figura 2 representa a integração entre essas estratégias ao longo da rede.

Figura 2 – Modelo conceitual da integração entre cuidado centrado na pessoa e trabalho interprofissional na Rede de Atenção à Saúde (descrição textual)

Centro do modelo: a pessoa usuária, com sua família e rede de apoio, posicionada como integrante da equipe e corresponsável pelo plano de cuidado, situada em seu território e em suas condições de vida.

Etapa 1 – Acolhimento e escuta da narrativa: a equipe de referência da atenção primária acolhe a pessoa, escuta a sua narrativa e identifica necessidades, valores, preferências e determinantes sociais.

Etapa 2 – Avaliação compartilhada das necessidades: profissionais de diferentes categorias, com apoio matricial da eMulti e da atenção especializada quando necessário, realizam avaliação conjunta, preferencialmente em consulta ou visita domiciliar compartilhada.

Etapa 3 – Plano de cuidado construído com a pessoa: por meio da tomada de decisão compartilhada, define-se o Projeto Terapêutico Singular, com metas, responsabilidades, profissional de referência e prazos de reavaliação.

Etapa 4 – Execução coordenada na rede: o profissional de referência, frequentemente da enfermagem, coordena as ações entre atenção primária, eMulti, atenção especializada, hospital e rede intersetorial, com canais de comunicação e registro compartilhados.

Etapa 5 – Seguimento longitudinal e reavaliação: reuniões periódicas de equipe, com participação da pessoa sempre que possível, revisam metas e resultados, utilizando PREMs, PROMs e indicadores de colaboração.

Anel externo – Condições estruturantes: educação permanente e interprofissional, liderança colaborativa, vínculos estáveis, financiamento indutor de processos colaborativos, cultura de segurança e políticas públicas (PNH, PNAB, eMulti, PNEPS e PNSP).

Fluxos: setas bidirecionais ligam todas as etapas à pessoa usuária, indicando que cada decisão retorna à pessoa para validação; a etapa 5 retroalimenta a etapa 2, configurando um ciclo contínuo.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos, em World Health Organization (2016) e em McCormack; McCance (2017).

4.14 Implicações para a prática da enfermagem, a gestão dos serviços, a educação permanente e as políticas públicas

Para a prática da enfermagem, os resultados indicam a necessidade de formalizar a função de coordenação do cuidado, com tempo protegido, autonomia e reconhecimento institucional, e de utilizar o processo de enfermagem como instrumento de construção do plano compartilhado com a pessoa, articulado ao PTS da equipe. Para a gestão dos serviços, impõe-se garantir as condições organizacionais que os estudos identificaram como decisivas: agendas que comportem reuniões e consultas conjuntas, equipes completas e estáveis, prontuário e canais de comunicação compartilhados e participação das pessoas usuárias nos espaços de planejamento. Para a educação permanente, a evidência sugere que capacitações pontuais têm efeito limitado e que a formação deve se organizar em torno de projetos concretos de mudança, com pessoas de referência e acompanhamento. Para as políticas públicas, os achados apontam a oportunidade de utilizar os componentes de desempenho do financiamento da atenção primária e das eMulti para induzir processos colaborativos e centrados na pessoa, incorporando indicadores de

experiência e de desfechos relatados pelas pessoas usuárias, e de fortalecer a pesquisa avaliativa sobre essas políticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta à pergunta norteadora, as evidências reunidas indicam que a integração entre o cuidado centrado na pessoa e o trabalho interprofissional contribui para a qualidade e a integralidade da assistência sobretudo por meio da melhora da experiência das pessoas usuárias, da autogestão, da funcionalidade, da percepção de inclusão no planejamento e da confiança nas equipes, bem como da qualificação da comunicação e do reconhecimento mútuo entre profissionais. Os efeitos sobre desfechos clínicos e de segurança, como readmissão, permanecem incertos, e as intervenções educativas breves mostraram efeitos modestos. As estratégias com maior plausibilidade de efeito combinam coordenação do cuidado com profissional de referência, planos construídos com a pessoa em encontros conjuntos, decisão compartilhada interprofissional e condições organizacionais que sustentem a colaboração.

No SUS, os desafios concentram-se na distância entre o discurso da centralidade da pessoa e a prática: a colaboração entre profissionais coexiste com participação restrita das pessoas usuárias, e a efetividade dos dispositivos previstos nas políticas, como o PTS, a clínica ampliada, o apoio matricial e as eMulti, depende do enfrentamento das hierarquias profissionais, da rotatividade, da precarização dos vínculos, do financiamento e da cultura institucional. As perspectivas incluem o uso do financiamento por desempenho para induzir processos colaborativos, a incorporação de PREMs e PROMs à avaliação da atenção primária, o fortalecimento da educação permanente e interprofissional e a valorização da enfermagem na coordenação do cuidado.

Esta revisão apresenta limitações. A exigência de mecanismos explícitos de colaboração e de dimensão empírica da pessoa usuária aumentou a validade conceitual do corpus, mas reduziu o número de estudos e excluiu parte da produção brasileira. Predominaram estudos qualitativos de nível VI de evidência, com amostras pequenas e contextos específicos, o que limita a generalização. A restrição a três idiomas e a periódicos indexados pode ter excluído evidências relevantes, e a heterogeneidade de intervenções e desfechos impediu a metanálise. A classificação dos estudos em níveis de articulação envolve julgamento interpretativo, mitigado pela dupla avaliação.

Recomenda-se que pesquisas futuras: avaliem, com desenhos controlados e seguimento longitudinal, intervenções que integrem simultaneamente componentes interprofissionais e centrados na pessoa; incluam sistematicamente a perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, com PREMs e PROMs validados para o contexto brasileiro; avaliem a implementação das eMulti quanto à colaboração e à centralidade da pessoa; examinem efeitos sobre segurança do paciente, equidade e sofrimento e esgotamento profissional; e analisem os custos e a sustentabilidade dessas estratégias no SUS.

REFERÊNCIAS

ADEKPEDJOU, R. *et al.* Engaging caregivers in health-related housing decisions for older adults with cognitive impairment: a cluster randomized trial. **The Gerontologist**, v. 60, n. 5, p. 947-957, 2020. DOI: 10.1093/geront/gnz045.

ADISSO, É. L. *et al.* Shared decision-making training for home care teams to engage frail older adults and caregivers in housing decisions: stepped-wedge cluster randomized trial. **JMIR Aging**, v. 5, n. 3, e39386, 2022. DOI: 10.2196/39386.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ALLERBY, K. *et al.* Increasing person-centeredness in psychosis inpatient care: staff experiences from the Person-Centered Psychosis Care (PCPC) project. **BMC Health Services Research**, v. 22, 596, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-08008-z.

ALLERBY, K. *et al.* Striving for a more person-centered psychosis care: results of a hospital-based multi-professional educational intervention. **BMC Psychiatry**, v. 20, 523, 2020. DOI: 10.1186/s12888-020-02871-y.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, e00120123, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT120123.

BOGERD, M. J. L. *et al.* Development of a person-centred care approach for persons with chronic multimorbidity in general practice by means of participatory action research. **BMC Primary Care**, v. 25, 114, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02364-x.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 10, de 23 de julho de 2018**. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade – 2018/2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRINCO, R.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 6, p. 55-69, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E606.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver: CIHC, 2010.

CHRISTENSEN, L. D. *et al.* Interprofessional team-based collaboration between designated GPs and care home staff: a qualitative study in an urban Danish setting. **BMC Primary Care**, v. 24, 3, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-01966-1.

CHRISTENSEN, L. D. *et al.* Person-centred medicine in the care home setting: feasibility testing of a complex intervention. **BMC Primary Care**, v. 26, 265, 2025. DOI: 10.1186/s12875-025-02925-8.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018.

DOORNEBOSCH, A. J.; ACHTERBERG, W. P.; SMALING, H. J. A. Interprofessional collaboration during multidisciplinary team meetings in geriatric rehabilitation: an observational study. **BMC Geriatrics**, v. 25, 213, 2025. DOI: 10.1186/s12877-025-05870-4.

DURAND, F.; FLEURY, M.-J. A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams. **BMC Health Services Research**, v. 21, 44, 2021. DOI: 10.1186/s12913-020-06054-z.

EKMAN, I. *et al.* Person-centered care: ready for prime time. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 10, n. 4, p. 248-251, 2011.

ELWYN, G. *et al.* A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. **BMJ**, v. 359, j4891, 2017.

FUMAGALLI, I. H. T. *et al.* Interprofessional collaborative practices in collective spaces of Family Health Units. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, e240076, 2025. DOI: 10.1590/interface.240076.

GRAÇA, I. B. M. *et al.* Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 143, e8843, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241438843P.

HONG, Q. N. *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 2018.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. **IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice**: version 3. Washington, DC: IPEC, 2023.

KAISER, L. *et al.* Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 11, 169, 2022. DOI: 10.1186/s13643-022-02027-x.

KARAM, M. *et al.* Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. 1, p. 16, 2021. DOI: 10.5334/ijic.5518.

LEE, J. K. *et al.* Assessment of interprofessional collaborative practices and outcomes in adults with diabetes and hypertension in primary care: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 2, e2036725, 2021. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36725.

LYHNE, C. N.; BJERRUM, M.; JØRGENSEN, M. J. Person-centred care to prevent hospitalisations: a focus group study addressing the views of healthcare providers. **BMC Health Services Research**, v. 22, 801, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-08198-6.

MARKLE-REID, M. *et al.* The stroke transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a multisite pragmatic randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, v. 23, 687, 2023. DOI: 10.1186/s12877-023-04403-1.

MASTALERZ, K. A.; JORDAN, S. R.; CONNORS, S. C. A qualitative study of patient and interprofessional healthcare team member experiences of bedside interdisciplinary rounds at a VA: language, teamwork, and trust. **Journal of General Internal Medicine**, v. 40, n. 3, p. 538-546, 2025. DOI: 10.1007/s11606-024-09124-8.

McCORMACK, B. *et al.* (ed.). **Fundamentals of person-centred healthcare practice**. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2021.

McCORMACK, B.; McCANCE, T. (ed.). **Person-centred practice in nursing and health care**: theory and practice. 2. ed. Chichester: Wiley Blackwell, 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NORDMANN, K. *et al.* "Well, it's very doctor-related": interprofessional communication and collaboration between GP practices and nurses in the ambulant setting: a qualitative study in southern Germany. **BMC Health Services Research**, v. 25, 642, 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-12819-1.

OLIVEIRA, P. S. *et al.* Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03731, 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020016803731.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Does healthcare deliver?** Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Paris: OECD Publishing, 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La educación interprofesional en la atención de salud**: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal. Informe de la reunión, Bogotá, Colombia, 2016. Washington, DC: OPS, 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS, 2010. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4).

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021.

PASCUCCI, D. *et al.* Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. **Health Policy**, v. 125, n. 2, p. 191-202, 2021. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.12.006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PRADO, C. L. S. R. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 32, supl. 2, e220823pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220823pt.

RAWLINSON, C. *et al.* An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: barriers and facilitators. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. 2, p. 32, 2021. DOI: 10.5334/ijic.5589.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD000072, 2017.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210141, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141.

ROSSITER, C.; LEVETT-JONES, T.; PICH, J. The impact of person-centred care on patient safety: an umbrella review of systematic reviews. **International Journal of Nursing Studies**, v. 109, 103658, 2020.

SEKANINA, U. *et al.* Interprofessional collaboration in the home care setting: perspectives of people receiving home care, relatives, nurses, general practitioners, and therapists: results of a qualitative analysis. **BMC Primary Care**, v. 25, 79, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02313-8.

SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, v. 358, j4008, 2017.

SKOU, S. T. *et al.* Multimorbidity. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 8, 48, 2022.

SPAULDING, E. M. *et al.* Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. **Journal of Interprofessional Care**, v. 35, n. 4, p. 612-621, 2021.

STERNE, J. A. C. *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, v. 366, l4898, 2019.

STERNE, J. A. C. *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **BMJ**, v. 355, i4919, 2016.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TAQIF, H. *et al.* Changes in intention to use an interprofessional approach to decision-making following training: a cluster before-and-after study. **BMC Health Services Research**, v. 24, 437, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-10899-z.

TETZLAFF, B. *et al.* Development of an interprofessional person-centred care concept for persons with care needs living in their own homes in Germany (interprof HOME): a mixed methods study. **BMC Primary Care**, v. 26, 363, 2025. DOI: 10.1186/s12875-025-03098-0.

VASCONCELOS, J. *et al.* Factors associated with interprofessional collaboration in Primary Health Care: a multilevel analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, e10572022, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024291.10572022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework on integrated, people-centred health services**: report by the Secretariat. Geneva: WHO, 2016. (Documento A69/39).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.