

SAÚDE INTEGRAL NA ERA DA INOVAÇÃO: INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL, TECNOLOGIAS, SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

COMPREHENSIVE HEALTH IN THE INNOVATION ERA:
INTERPROFESSIONAL INTEGRATION, TECHNOLOGIES, MENTAL HEALTH
AND EVIDENCE-BASED PRACTICES

Ciências da Saúde • 04/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788322837](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788322837)

Maria Elisa Donadel dos Santos¹

Marli Lucia de Oliveira²

Rafaela Souza Silva³

Eunice Beleza de Gusmão Bayma⁴

Micado Antonio Miguel⁵

Mayky Sousa Rodrigues⁶

Maria Aparecida Lopes Falcão⁷

Flavia Faria Resende⁸

Maiquel da Fonseca Fouchy⁹

Márcio Júnior Azevedo Reis¹⁰

Regeane Polakoski¹¹

Deborah Grasyella Pacheco de Moraes Lins Santos¹²

Márcio Alexandre Botti¹³

Míriam Márcia Ramim Santos¹⁴

RESUMO

A incorporação acelerada de tecnologias digitais aos serviços de saúde ocorre simultaneamente à necessidade de fortalecer a integração entre profissões, a atenção à saúde mental e a utilização consistente das melhores evidências disponíveis. Este estudo analisou como esses quatro componentes podem ser articulados em um modelo contemporâneo de saúde integral. Realizou-se revisão integrativa, de natureza aplicada, abordagem qualitativa e finalidade descritivo-analítica, com busca de publicações de 2021 a 2025 em MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS/BVS, complementada por documentos institucionais verificáveis. Foram consideradas 49 fontes temáticas e uma diretriz metodológica, totalizando 50 referências. A síntese evidenciou que colaboração multiprofissional estruturada, tecnologias orientadas por necessidades clínicas, proteção da saúde mental e práticas baseadas em evidências são dimensões interdependentes. Os benefícios são maiores quando há governança, interoperabilidade, educação permanente, participação do paciente, segurança da informação e avaliação contínua de resultados. Conclui-se que inovação em saúde não deve ser entendida como mera adoção tecnológica, mas como redesenho sociotécnico do cuidado, capaz de combinar competências profissionais, recursos digitais, vínculo humano e evidências para ampliar qualidade, segurança, continuidade e integralidade.

Palavras-chave: Saúde integral; Equipe multiprofissional; Saúde digital; Saúde mental; Prática baseada em evidências.

ABSTRACT

The accelerated incorporation of digital technologies into health services occurs simultaneously with the need to strengthen interprofessional integration, mental health care, and consistent use of the best available evidence. This study analyzed how these four

components can be articulated within a contemporary model of comprehensive health. An integrative review was conducted with an applied nature, qualitative approach, and descriptive-analytical purpose, searching publications from 2021 to 2025 in MEDLINE/PubMed, SciELO, and LILACS/VHL, complemented by verifiable institutional documents. Forty-nine thematic sources and one methodological guideline were considered, totaling 50 references. The synthesis showed that structured interprofessional collaboration, technologies guided by clinical needs, protection of mental health, and evidence-based practices are interdependent dimensions. Benefits are greater when governance, interoperability, continuing education, patient participation, information security, and continuous outcome evaluation are present. It is concluded that health innovation should not be understood as mere technology adoption, but as a sociotechnical redesign of care capable of combining professional competencies, digital resources, human connection, and evidence to improve quality, safety, continuity, and comprehensiveness.

Keywords: Comprehensive health; Interprofessional team; Digital health; Mental health; Evidence-based practice.

1. INTRODUÇÃO

A compreensão contemporânea de saúde integral ultrapassa a resposta episódica à doença e exige organizar o cuidado de modo contínuo, seguro, centrado na pessoa e capaz de articular necessidades biológicas, psicológicas, sociais e funcionais. Em sistemas pressionados por envelhecimento populacional, multimorbidade, desigualdades e crescente complexidade assistencial, a fragmentação entre serviços e profissões tende a produzir repetição de procedimentos, falhas de comunicação e

trajetórias pouco coordenadas. Por isso, qualidade e segurança precisam ser tratadas como propriedades do sistema de cuidado, e não apenas como atributos individuais de cada profissional ou tecnologia (World Health Organization, 2021b; Rohwer *et al.*, 2023; Joo, 2023).

Nesse cenário, a integração multiprofissional ocupa posição estratégica porque problemas complexos raramente podem ser resolvidos por uma única disciplina. Revisões recentes mostram que colaboração estruturada pode favorecer comunicação, coordenação, participação profissional e determinados desfechos clínicos, embora a magnitude dos efeitos varie conforme contexto, desenho das equipes, condições acompanhadas e indicadores avaliados. A literatura também adverte que simplesmente reunir diferentes categorias profissionais não garante prática colaborativa: são necessários objetivos compartilhados, definição de responsabilidades, mecanismos de decisão conjunta e canais de comunicação confiáveis (Wei *et al.*, 2022; Pascucci *et al.*, 2021; Bouton *et al.*, 2023).

Paralelamente, a transformação digital amplia possibilidades de acesso, monitoramento, comunicação e apoio à decisão. Teleatendimento, monitoramento remoto, aplicativos, prontuários interoperáveis e sistemas de inteligência artificial podem reduzir barreiras geográficas e aumentar a disponibilidade de informações úteis ao cuidado, mas não produzem valor de forma automática. Revisões de saúde digital demonstram benefícios potenciais em efetividade, acessibilidade e coordenação, ao mesmo tempo em que identificam lacunas relacionadas à equidade, à experiência do usuário, à integração com fluxos clínicos e à avaliação econômica

(World Health Organization, 2021c; Ibrahim *et al.*, 2022; De Guzman *et al.*, 2022).

A inteligência artificial intensifica esse debate ao introduzir ferramentas capazes de apoiar reconhecimento de padrões, estratificação de risco, documentação e priorização clínica. Contudo, seu uso em saúde está associado a questões de transparência, viés, privacidade, segurança, responsabilização e preservação da autonomia profissional e do paciente. Uma inovação tecnicamente sofisticada pode aumentar desigualdades ou gerar novos riscos se for implantada sem validação externa, supervisão humana, governança de dados e avaliação do contexto real de uso (World Health Organization, 2021a; Tang *et al.*, 2023; Wubineh; Deriba; Woldeyohannis, 2024; Haltaufderheide; Ranisch, 2024).

A saúde mental constitui outra dimensão inseparável da integralidade. Para usuários, sofrimento psíquico pode coexistir com doenças crônicas, fragilidades sociais e dificuldades de adesão, interferindo na experiência de cuidado e nos resultados. Para trabalhadores da saúde, sobrecarga, estresse ocupacional e burnout afetam bem-estar, retenção, comunicação e capacidade de oferecer cuidado seguro. A literatura recente indica que intervenções digitais em saúde mental podem ampliar acesso e oferecer apoio útil, porém seus resultados dependem de adequação clínica, engajamento, desenho da intervenção, privacidade e integração com suporte profissional quando necessário (World Health Organization, 2022; Philippe *et al.*, 2022; López-Del-Hoyo *et al.*, 2023).

Esse conjunto de mudanças aumenta a importância das práticas baseadas em evidências. Em vez de reduzir a decisão clínica a protocolos rígidos, a abordagem baseada em evidências combina

resultados de pesquisa de melhor qualidade, experiência profissional, características do contexto e valores e preferências das pessoas atendidas. Revisões recentes mostram, entretanto, que atitudes favoráveis à evidência não se convertem necessariamente em uso rotineiro, pois persistem barreiras como tempo insuficiente, competências desiguais de busca e avaliação crítica, acesso limitado a recursos, liderança pouco responsiva e culturas organizacionais que não sustentam mudança (Tucker *et al.*, 2021; Connor *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2021).

A ciência da implementação amplia a utilidade da prática baseada em evidências ao perguntar não apenas se uma intervenção funciona, mas também como pode ser adotada, adaptada, mantida e avaliada em contextos reais. Essa perspectiva é particularmente relevante para tecnologias em saúde e modelos multiprofissionais, porque intervenções eficazes em estudos controlados podem falhar quando não se ajustam à infraestrutura, aos papéis profissionais, às rotinas, aos recursos e às necessidades da população. Assim, inovação sustentável pressupõe planejamento de implementação, participação de partes interessadas, mensuração de resultados e capacidade de adaptação sem perda das funções essenciais da intervenção (Kuo; Trinkley; Rabin, 2022; Chambers, 2023; McNett *et al.*, 2021).

A lacuna central não reside, portanto, na ausência de soluções isoladas, mas na dificuldade de integrá-las em arquiteturas de cuidado coerentes. Equipes podem colaborar sem dispor de informação interoperável; tecnologias podem ser implantadas sem redesenho do trabalho; programas de saúde mental podem existir sem conexão com a atenção clínica; e diretrizes podem permanecer dissociadas das condições reais de implementação. A literatura

recente sugere que resultados mais consistentes surgem quando governança, competências, tecnologia, relações interprofissionais e avaliação formam um sistema único de melhoria do cuidado (Wei *et al.*, 2022; Ibrahim *et al.*, 2022; Connor *et al.*, 2023; World Health Organization, 2021b).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é analisar, à luz da literatura científica recente, como a integração multiprofissional, as tecnologias em saúde, a atenção à saúde mental e as práticas baseadas em evidências podem ser articuladas para sustentar um modelo de saúde integral, identificando benefícios, barreiras, requisitos de implementação e implicações para a qualidade do cuidado. Parte-se do pressuposto de que esses componentes produzem maior valor quando organizados como dimensões interdependentes de uma mesma arquitetura sociotécnica do cuidado.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Saúde Integral e Integração Multiprofissional

A integração multiprofissional pode ser compreendida como uma forma de organizar o trabalho em que profissionais de diferentes formações compartilham informações, objetivos e responsabilidades para responder a necessidades que excedem o escopo de uma única disciplina. Essa integração difere da mera coexistência de especialidades, pois pressupõe interdependência, comunicação deliberada e capacidade de construir planos de cuidado compatíveis entre si. A revisão de Wei e colaboradores destaca facilitadores recorrentes, como confiança, clareza de papéis, liderança, comunicação e apoio organizacional, enquanto barreiras incluem

hierarquias rígidas, conflitos de identidade profissional, carga de trabalho e estruturas que dificultam encontros e decisões conjuntas (Wei *et al.*, 2022).

Os efeitos da colaboração variam conforme o problema clínico e o grau de integração alcançado. Em condições crônicas, a revisão com meta-análise de Pascucci e colaboradores encontrou evidências de que modelos colaborativos podem melhorar aspectos da gestão da doença, embora os estudos apresentem heterogeneidade de composição das equipes e desfechos. Na atenção primária, Bouton e colaboradores observaram que a colaboração interprofissional se associa a resultados promissores para pacientes, mas a diversidade de intervenções e medidas impede uma interpretação simplificada de causalidade. Esses achados reforçam a necessidade de avaliar não apenas a presença da equipe, mas como a colaboração é operacionalizada (Pascucci *et al.*, 2021; Bouton *et al.*, 2023).

A contribuição de diferentes profissões também amplia a segurança terapêutica. Em revisão sistemática e meta-análise, Ruiz-Ramos e colaboradores demonstraram que a participação de farmacêuticos em equipes multidisciplinares pode favorecer desfechos relacionados ao cuidado medicamentoso em determinados cenários. Esse resultado exemplifica um princípio mais amplo: competências específicas agregam valor quando são incorporadas ao processo decisório, e não quando permanecem periféricas. A integralidade depende, portanto, de mecanismos que transformem diversidade profissional em complementaridade efetiva (Ruiz-Ramos *et al.*, 2021).

Uma implicação adicional é que integração multiprofissional e segurança do paciente são agendas convergentes. A Organização

Mundial da Saúde enfatiza que eventos adversos frequentemente possuem determinantes sistêmicos e que a redução de danos depende de liderança, aprendizagem, participação do paciente e processos confiáveis. A meta-análise de Webster e colaboradores sugere associação entre aprendizagem interprofissional em equipes multidisciplinares e redução de mortalidade em contextos avaliados, resultado que deve ser interpretado considerando os desenhos dos estudos, mas que reforça a relevância de competências de trabalho em equipe para segurança (World Health Organization, 2021b; Webster *et al.*, 2024).

2.2. Transformação Digital e Tecnologias Aplicadas Ao Cuidado

A saúde digital constitui um campo sociotécnico que reúne tecnologias, dados, conectividade e novos modelos de interação entre usuários, profissionais e organizações. A estratégia global da Organização Mundial da Saúde orienta que a transformação digital deve fortalecer sistemas de saúde, equidade, qualidade e acesso, evitando que a tecnologia se torne um fim em si mesma. O mapeamento de revisões de Ibrahim e colaboradores mostra que aplicações digitais têm sido estudadas principalmente por seu potencial de aumentar efetividade, acesso, adesão e coordenação, mas também evidencia menor densidade de avaliações sobre equidade, custo-efetividade e centralidade da pessoa (World Health Organization, 2021c; Ibrahim *et al.*, 2022).

A telessaúde é um dos componentes mais consolidados dessa transformação. A revisão de meta-análises de Snoswell e colaboradores conclui que a efetividade clínica da telessaúde é comparável ou favorável em diversos contextos, embora a adequação dependa da condição, do desenho do serviço e da forma

de comparação. O valor da modalidade remota tende a ser maior quando ela é integrada ao percurso assistencial e oferece critérios claros para escalonamento ao atendimento presencial, evitando que canais digitais funcionem como sistemas paralelos sem continuidade (Snoswell *et al.*, 2023).

A inteligência artificial amplia a capacidade de processar informações e apoiar decisões, porém adiciona riscos específicos. A revisão de Tang, Li e Fantus identifica preocupações empíricas recorrentes em ética médica da inteligência artificial, incluindo privacidade, confiança, transparência e justiça. Wubineh, Deriba e Woldeyohannis mostram que oportunidades em diagnóstico, monitoramento e apoio à decisão coexistem com problemas de confiabilidade, responsabilidade e preparação institucional. Portanto, o critério central para adoção deve ser o benefício clínico demonstrável sob condições de uso real, e não apenas desempenho técnico em bases retrospectivas (Tang; Li; Fantus, 2023; Wubineh; Deriba; Woldeyohannis, 2024).

Modelos de linguagem e sistemas generativos tornam ainda mais importante distinguir assistência informacional de autoridade clínica. A revisão de Haltaufderheide e Ranisch descreve desafios éticos envolvendo precisão, responsabilização, confidencialidade, desigualdade e relação terapêutica. Revisões mais recentes sobre IA confiável destacam explicabilidade, cibersegurança, mitigação de viés e governança como requisitos para adoção responsável. Em enfermagem e cuidado direto, a manutenção do componente humano, do consentimento e da responsabilidade profissional aparece como preocupação central (Haltaufderheide; Ranisch, 2024; Khan *et al.*, 2025; Badawy; Zinhom; Shaban, 2025).

2.3. Saúde Mental Como Dimensão Transversal do Cuidado

A saúde mental precisa ser incorporada ao conceito de saúde integral tanto como dimensão clínica dos usuários quanto como condição de sustentabilidade da força de trabalho. O relatório mundial da Organização Mundial da Saúde defende transformação dos ambientes, serviços e redes de apoio, com cuidado comunitário, direitos humanos e integração da saúde mental a outros níveis de atenção. Essa orientação afasta abordagens que tratam sofrimento psíquico como tema isolado e reforça sua interface com condições crônicas, vulnerabilidades sociais e acesso aos serviços (World Health Organization, 2022).

As tecnologias digitais ampliaram rapidamente modalidades de cuidado em saúde mental. A meta-revisão de Philippe e colaboradores, abrangendo diferentes condições e formatos, indica que videoconferência, intervenções computadorizadas e outras soluções podem ser úteis, mas ressalta que a qualidade das evidências e a cobertura de populações são desiguais. A efetividade não deve ser presumida apenas porque uma intervenção é digital; é necessário considerar gravidade, necessidade de supervisão, risco, alfabetização digital, acesso a dispositivos e preferências do usuário (Philippe *et al.*, 2022).

Entre profissionais de saúde, revisões sistemáticas sobre intervenções de eHealth encontram efeitos favoráveis em alguns indicadores de estresse, ansiedade, depressão e bem-estar, embora com heterogeneidade de modalidades e seguimento. López-Del-Hoyo e colaboradores destacam potencial de intervenções digitais para promoção de saúde mental no trabalho, ao passo que Park e colaboradores observaram resultados de ensaios randomizados

direcionados a enfermeiros. Esses achados apoiam o uso criterioso de soluções digitais como componente de programas mais amplos, não como substituto de mudanças organizacionais (López-Del-Hoyo *et al.*, 2023; Park *et al.*, 2022).

No ambiente de trabalho, o desenho das intervenções deve levar em conta privacidade, confiança e separação entre apoio e vigilância. A revisão de Moe-Byrne e colaboradores sobre intervenções digitais personalizadas no local de trabalho mostra que adaptação ao usuário pode ser promissora, mas requer avaliação rigorosa. Revisões realizadas durante a pandemia também demonstraram que ferramentas digitais foram mobilizadas para apoiar profissionais, embora muitas soluções tenham sido implementadas em contextos excepcionais e com evidências ainda emergentes (Moe-Byrne *et al.*, 2022; Drissi *et al.*, 2021).

2.4. Práticas Baseadas em Evidências e Ciência da Implementação

A prática baseada em evidências representa um processo de decisão que integra evidência científica, julgamento profissional, contexto e preferências do paciente. Em sistemas complexos, sua contribuição principal é tornar explícita a justificativa das escolhas e permitir revisão diante de novos dados. Tucker e colaboradores mostram como modelos de prática baseada em evidências podem ser conectados à ciência da implementação para melhorar qualidade, enfatizando que conhecimento científico só produz impacto quando há estratégias de adoção e sustentação (Tucker *et al.*, 2021).

A implementação cotidiana da evidência depende das competências dos profissionais. A revisão de Clarke e colaboradores,

centrada em enfermeiros de prática avançada, identifica elementos que favorecem ou limitam incorporação rotineira. A revisão de instrumentos de Da Silva e colaboradores mostra que conhecimento, atitudes, habilidades e implementação são constructos distintos e que a mensuração deve ser criteriosa. Isso é importante porque uma organização pode apresentar elevada valorização discursiva da evidência e baixa capacidade operacional de busca, avaliação, adaptação e uso (Clarke *et al.*, 2021; Da Silva *et al.*, 2024).

Em contextos de renda baixa e média, a revisão de Adombire e colaboradores demonstra que o engajamento de enfermeiros com prática baseada em evidências é influenciado por formação, acesso, cultura e condições organizacionais. No Brasil, estudo com enfermeiros hospitalares identificou atitudes favoráveis, mas também distância entre reconhecimento da importância das evidências e uso consistente das melhores fontes. Esses resultados reforçam que capacitação individual precisa ser acompanhada por acesso a bases, tempo protegido, mentoria e apoio da liderança (Adombire *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2021).

A ciência da implementação fornece conceitos para analisar esse percurso. Kuo, Trinkley e Rabin organizam elementos como intervenção baseada em evidência, estratégias de implementação, modelos teóricos, desfechos de implementação e participação de atores. Chambers destaca que adaptações são frequentemente necessárias para melhorar o ajuste entre intervenção e contexto, devendo ser documentadas e avaliadas sem perder funções essenciais. Essa abordagem é especialmente útil para tecnologias e modelos multiprofissionais, que interagem com rotinas e sistemas em constante mudança (Kuo; Trinkley; Rabin, 2022; Chambers, 2023).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza aplicada, abordagem qualitativa e finalidade descritivo-analítica. A escolha desse desenho decorreu do caráter multidimensional do problema, que exige reunir evidências provenientes de revisões sistemáticas, meta-análises, revisões de escopo, estudos de implementação e documentos institucionais sobre integração multiprofissional, saúde digital, saúde mental e prática baseada em evidências. A organização do processo de identificação, seleção e apresentação das fontes foi inspirada nos princípios de transparência do PRISMA 2020, sem caracterizar esta revisão integrativa como uma revisão sistemática com meta-análise (Page *et al.*, 2021).

A questão norteadora foi formulada da seguinte maneira: como integração multiprofissional, tecnologias em saúde, atenção à saúde mental e práticas baseadas em evidências podem ser combinadas, segundo a literatura recente, para apoiar saúde integral, qualidade e segurança do cuidado? A pergunta orientou quatro eixos prévios de busca, porém a síntese final permitiu identificar relações transversais entre eles, especialmente governança, educação permanente, participação do paciente, interoperabilidade e ciência da implementação.

As buscas foram realizadas até 25 de agosto de 2026. O recorte temporal de publicação compreendeu janeiro de 2021 a dezembro de 2025, correspondente aos cinco anos completos mais recentes disponíveis antes da elaboração do manuscrito. Foram consultadas MEDLINE por meio do PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde (LILACS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para diretrizes e relatórios globais, foram consultadas páginas institucionais da Organização Mundial da Saúde. A confirmação de autoria, periódico, ano e DOI foi realizada nos registros bibliográficos e nas páginas oficiais dos periódicos quando necessário.

Foram utilizados descritores DeCS/MeSH e termos equivalentes em português e inglês: “Assistência Integral à Saúde”/“Comprehensive Health Care”, “Relações Interprofissionais”/“Interprofessional Relations”, “Equipe de Assistência ao Paciente”/“Patient Care Team”, “Saúde Digital”/“Digital Health”, “Telemedicina”/“Telemedicine”, “Inteligência Artificial”/“Artificial Intelligence”, “Saúde Mental”/“Mental Health”, “Prática Clínica Baseada em Evidências”/“Evidence-Based Practice” e “Ciência da Implementação”/“Implementation Science”. Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR, adaptando-se a sintaxe de cada base.

Como estratégia geral, combinaram-se expressões relacionadas à integralidade com pelo menos um dos quatro eixos temáticos. Exemplos de blocos utilizados foram: (“Comprehensive Health Care” OR integrated care) AND (“Interprofessional Relations” OR “Patient Care Team”); (“Digital Health” OR telemedicine OR “Artificial Intelligence”) AND (quality OR safety OR integrated care); (“Mental Health” AND healthcare professionals) AND (digital OR workplace); e (“Evidence-Based Practice” OR “Implementation Science”) AND (healthcare OR nursing). Também foram realizadas buscas por títulos e DOI para verificação de referências potencialmente elegíveis identificadas durante a leitura.

Foram incluídas publicações entre 2021 e 2025, em português, inglês ou espanhol, com identificação bibliográfica verificável e relação direta com pelo menos um dos quatro eixos do estudo. Priorizou-se evidência de síntese — revisões sistemáticas, meta-análises, meta-revisões e revisões de escopo — por sua capacidade de integrar múltiplos estudos. Foram admitidos artigos originais brasileiros e documentos institucionais quando contribuíam para contextualização, governança ou implementação. As publicações deveriam apresentar objetivo e método suficientemente descritos ou, no caso de documentos institucionais, autoria organizacional e finalidade normativa ou estratégica claramente identificadas.

Foram excluídos registros duplicados; publicações anteriores a 2021; editoriais, comentários, textos opinativos e conteúdos sem autoria ou procedência verificável; trabalhos cujo foco principal não se relacionava à organização, qualidade, segurança, saúde mental ou tomada de decisão em saúde; estudos estritamente técnicos de desenvolvimento algorítmico sem implicações para cuidado ou implementação; e fontes cuja informação bibliográfica não pôde ser confirmada. Quando versões duplicadas do mesmo trabalho estavam disponíveis, preservou-se a versão final publicada no periódico.

A seleção ocorreu em etapas sequenciais. Primeiro, títulos e resumos foram examinados para verificar aderência ao escopo. Em seguida, os registros potencialmente pertinentes passaram por leitura de elegibilidade, com conferência de ano, desenho, população ou contexto, intervenção ou fenômeno de interesse, principais resultados e limitações. Na terceira etapa, as fontes foram organizadas em uma matriz analítica com os campos: autoria, ano, país ou abrangência, tipo de estudo, tema principal, contribuição

para o objetivo, achados relevantes, barreiras, facilitadores e implicações para implementação. A seleção final contemplou 49 fontes temáticas, às quais se somou a diretriz PRISMA 2020 como referência metodológica, totalizando 50 referências no manuscrito.

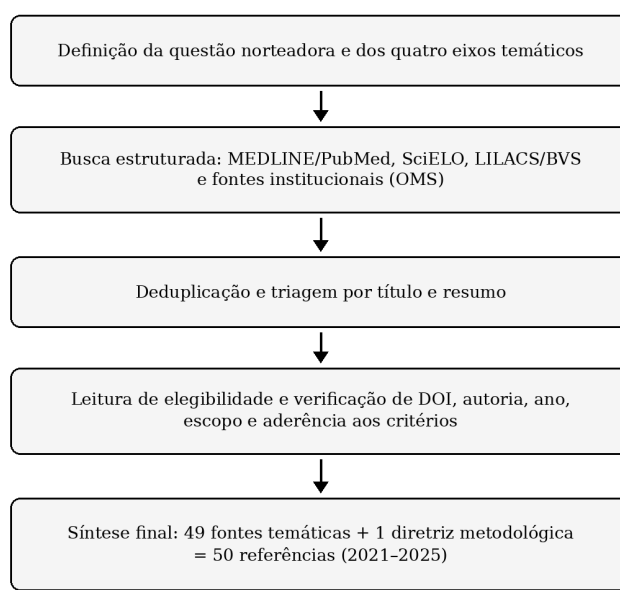
A avaliação crítica foi compatível com a heterogeneidade dos desenhos e não utilizou um escore único. Para revisões, foram observadas clareza da pergunta, descrição das bases, critérios de seleção, método de síntese, transparência das limitações e coerência entre resultados e conclusões. Para documentos institucionais, consideraram-se autoridade da instituição, escopo, transparência dos princípios e atualidade. Para o estudo brasileiro incluído sobre prática baseada em evidências, foram considerados desenho, população, instrumento e coerência das inferências. Essa estratégia permitiu evitar equivalência artificial entre tipos de evidência distintos.

A análise ocorreu em três movimentos. Na codificação inicial, os achados foram associados aos quatro eixos definidos pelo título. Na codificação axial, foram identificados temas recorrentes que conectavam mais de um eixo, como comunicação, coordenação, governança, educação, interoperabilidade, carga de trabalho, ética, equidade e avaliação de resultados. Na síntese interpretativa, esses temas foram organizados em proposições sobre condições necessárias para um modelo de saúde integral na era da inovação. Não foi realizada meta-análise, pois intervenções, populações e desfechos eram substancialmente heterogêneos.

A Figura 1 apresenta as etapas efetivamente documentadas da revisão integrativa. Como não foram reconstruídas contagens intermediárias de identificação, duplicação e exclusão, a figura

descreve o percurso de busca, elegibilidade, organização da matriz e síntese, informando apenas o conjunto final de 49 fontes temáticas e uma diretriz metodológica. Essa opção evita atribuir precisão quantitativa a registros não documentados.

Figura 1. Etapas da revisão integrativa



Fonte: elaboração dos autores (2026).

Quanto aos aspectos éticos, o estudo utilizou exclusivamente literatura publicada e documentos de acesso público, sem coleta de dados pessoais, intervenção em seres humanos ou uso de prontuários. Nessas condições, não houve submissão a comitê de ética em pesquisa. Foram observados princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes, fidelidade ao sentido dos estudos e ausência de fabricação de dados ou referências.

As principais limitações metodológicas decorrem do recorte de cinco anos, que privilegia atualidade em detrimento de trabalhos clássicos; da concentração de literatura em língua inglesa; da heterogeneidade dos desenhos; da rapidez com que tecnologias digitais e sistemas de inteligência artificial se modificam; e da

impossibilidade de converter resultados diversos em uma estimativa única de efeito. Além disso, o caráter integrativo da revisão amplia a capacidade de análise conceitual, mas exige cautela ao extrapolar conclusões para serviços, populações ou tecnologias específicas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Integração Multiprofissional, Coordenação e Segurança

A análise conjunta dos estudos permitiu interpretar os quatro eixos como componentes de uma mesma arquitetura de cuidado. Nesse conjunto, a integração multiprofissional funciona como infraestrutura relacional da saúde integral: os trabalhos convergem ao indicar melhora da coordenação, do alinhamento de condutas e de determinados resultados clínicos ou de experiência quando existem objetivos comuns, papéis compreendidos, comunicação estruturada e apoio organizacional. Em sentido inverso, hierarquias pouco flexíveis, indefinição de responsabilidades e comunicação fragmentada reduzem o potencial da composição multiprofissional (Wei *et al.*, 2022; Bouton *et al.*, 2023).

Esse achado ajuda a explicar por que intervenções formalmente semelhantes apresentam resultados diferentes. Dois serviços podem incluir as mesmas profissões e, ainda assim, produzir graus distintos de integração. Quando decisões permanecem sequenciais e isoladas, a equipe multiprofissional atua como soma de pareceres. Quando informações e responsabilidades são compartilhadas, emerge uma lógica de plano único de cuidado. A literatura sobre doenças crônicas e multimorbidade reforça que coordenação é particularmente importante quando o paciente necessita de

múltiplas intervenções e acompanhamento longitudinal (Pascucci *et al.*, 2021; Rohwer *et al.*, 2023).

A participação de profissionais com competências específicas pode reduzir lacunas em áreas de alto risco. A evidência sobre cuidado farmacêutico em equipes mostra que integração do farmacêutico pode contribuir para melhores resultados relacionados à farmacoterapia, especialmente quando as recomendações são incorporadas ao plano assistencial. O princípio é aplicável a outras áreas: nutrição, psicologia, fisioterapia, enfermagem, medicina, serviço social e demais categorias agregam valor quando suas avaliações se tornam interdependentes e orientadas por necessidades do paciente, e não por fronteiras administrativas (Ruiz-Ramos *et al.*, 2021).

No hospital, rounds interdisciplinares constituem um mecanismo concreto para tornar a integração observável. Revisões apontam benefícios potenciais para centralidade da pessoa, qualidade, colaboração e compartilhamento de informação, mas o desenho importa: participação consistente, agenda comum, linguagem compreensível e registro das decisões são elementos necessários. Quando o paciente participa de maneira apropriada, o round pode reduzir mensagens contraditórias e tornar o plano de cuidado mais transparente (Heip *et al.*, 2022; Kaiser *et al.*, 2022).

A educação interprofissional aparece como facilitador, especialmente quando aproxima formação e prática. As revisões de Tan Shuyi e colaboradores e Saragih e colaboradores mostram melhora em conhecimentos, atitudes e competências colaborativas, mas também evidenciam que desfechos de longo prazo são menos estudados. A implicação para serviços é que treinamento isolado

tem alcance limitado: deve ser associado a protocolos de comunicação, governança clínica, indicadores e oportunidades reais de decisão compartilhada (Tan Shuyi *et al.*, 2024; Saragih *et al.*, 2024).

A revisão de Webster e colaboradores adiciona evidência de que aprendizagem interprofissional em equipes pode estar associada a desfechos clinicamente relevantes, incluindo mortalidade nos contextos analisados. Embora a inferência causal exija cautela, esse resultado desloca a colaboração do campo exclusivamente educacional para o campo da qualidade assistencial. A mensagem central do conjunto de estudos é que habilidades relacionais e organizacionais devem ser tratadas com a mesma intencionalidade que competências técnicas (Webster *et al.*, 2024).

4.2. Tecnologias Digitais, Monitoramento Remoto e Inteligência Artificial

No eixo tecnológico, os resultados indicam que o principal determinante de valor não é a presença da tecnologia, mas sua integração ao processo de cuidado. A revisão de Ibrahim e colaboradores mostra amplitude de aplicações digitais e potencial para efetividade, acesso, adesão e coordenação. Contudo, os domínios de equidade e eficiência são menos consolidados. Assim, indicadores de adoção, como número de acessos ou dispositivos distribuídos, não substituem indicadores de resultado, segurança, experiência e redução de desigualdades (Ibrahim *et al.*, 2022).

A telessaúde exemplifica essa diferença entre adoção e integração. Evidências sintetizadas por Snoswell e colaboradores sugerem efetividade clínica em múltiplas aplicações, mas o desenho assistencial permanece decisivo. Em um modelo integral, a consulta

remota deve compartilhar prontuário, critérios de encaminhamento, plano terapêutico e responsabilidades com a rede presencial. Sem esses componentes, a facilidade de acesso pode produzir nova fragmentação, com múltiplos contatos sem coordenação (Snoswell *et al.*, 2023; World Health Organization, 2021c).

O monitoramento remoto segue lógica semelhante. A revisão de Taylor e colaboradores encontrou resultados heterogêneos sobre redução de uso agudo, enquanto De Guzman e colaboradores mostraram que custo-efetividade depende do contexto e do desenho do programa. Isso sugere que o sensor deve ser entendido como parte de uma cadeia de trabalho: coleta, transmissão, triagem, interpretação, contato e intervenção. Se qualquer elo falha, o volume de dados pode aumentar carga de trabalho sem melhorar desfechos (Taylor *et al.*, 2021; De Guzman *et al.*, 2022).

Algoritmos podem auxiliar priorização, mas desempenho preditivo não equivale a impacto clínico. Castelyn e colaboradores mostram variação no desempenho e impacto de algoritmos usados em monitoramento de condições crônicas. Para um modelo de saúde integral, a avaliação precisa incluir sensibilidade a diferenças populacionais, taxa de falsos alertas, consequências de erro, possibilidade de contestação e adequação ao contexto de uso. A inovação torna-se clinicamente relevante quando melhora decisões sem reduzir transparência ou aumentar riscos desproporcionais (Castelyn *et al.*, 2021).

Nas aplicações de inteligência artificial, governança aparece como requisito transversal. Revisões identificam desafios éticos de privacidade, equidade, responsabilidade e explicabilidade, ao mesmo tempo em que reconhecem oportunidades em diagnóstico,

monitoramento e apoio à decisão. Os princípios da Organização Mundial da Saúde indicam que autonomia, bem-estar, transparência, responsabilidade e inclusão devem orientar o ciclo de vida da tecnologia. Isso exige documentação de dados, validação, supervisão humana e monitoramento pós-implantação (World Health Organization, 2021a; Tang; Li; Fantus, 2023; Wubineh; Deriba; Woldeyohannis, 2024).

Revisões de IA segura e confiável reforçam que cibersegurança, explicabilidade e governança precisam ser incorporadas desde o projeto. Khan e colaboradores enfatizam confiança e segurança, enquanto Badawy, Zinhom e Shaban discutem questões éticas no cuidado de enfermagem. Tilala e colaboradores também sintetizam desafios éticos amplos. Em conjunto, essas fontes sugerem que a maturidade digital de um serviço deve ser avaliada não apenas pela quantidade de soluções adotadas, mas por sua capacidade de controlar riscos, medir efeitos e preservar cuidado humano (Khan *et al.*, 2025; Badawy; Zinhom; Shaban, 2025; Tilala *et al.*, 2024).

4.3. Saúde Mental de Usuários e Profissionais

A análise do eixo de saúde mental revelou duas necessidades simultâneas: integrar cuidado psíquico às trajetórias assistenciais dos usuários e proteger a saúde mental dos trabalhadores. O relatório mundial da Organização Mundial da Saúde propõe transformação de serviços e ambientes, com foco em direitos, redes comunitárias e integração. Isso significa que saúde mental não deve ser tratada como encaminhamento tardio apenas quando sintomas se tornam graves, mas como dimensão observável ao longo do cuidado integral (World Health Organization, 2022).

As intervenções digitais podem ampliar alcance, especialmente em situações de barreira geográfica ou de oferta. A meta-revisão de Philippe e colaboradores demonstra diversidade de tecnologias e condições estudadas, com evidências promissoras para determinadas modalidades. Entretanto, a própria amplitude dos estudos impede tratar “saúde mental digital” como intervenção única. Videoterapia, programas autoguiados, aplicativos, realidade virtual e fóruns possuem níveis de intensidade, riscos e necessidades de supervisão distintos (Philippe *et al.*, 2022).

Para trabalhadores da saúde, revisões apontam que intervenções de eHealth podem reduzir estresse e promover indicadores de saúde mental, mas a heterogeneidade recomenda cautela. López-Del-Hoyo e colaboradores e Park e colaboradores identificaram efeitos favoráveis em parte dos estudos, especialmente quando as intervenções eram estruturadas. A utilidade prática é maior quando essas soluções são oferecidas como recurso voluntário, confidencial e conectado a linhas de cuidado, sem transformar sofrimento ocupacional em responsabilidade exclusiva do indivíduo (López-Del-Hoyo *et al.*, 2023; Park *et al.*, 2022).

A literatura sobre mindfulness on-line ilustra essa tensão. Yang e colaboradores encontraram melhora em ansiedade, depressão e estresse entre trabalhadores de linha de frente em contextos avaliados, mostrando que intervenções breves podem ter valor. Contudo, um programa integral precisa atuar também em determinantes organizacionais: dimensionamento, previsibilidade de escala, apoio de liderança, prevenção de violência, comunicação e acesso a descanso. Recursos individuais e ações estruturais são complementares, não substitutos (Yang *et al.*, 2023).

As meta-análises de Zhang e colaboradores e Ilola e colaboradores reforçam que soluções digitais podem melhorar determinados desfechos de saúde mental e bem-estar, mas efeitos variam por intervenção e população. Esse padrão favorece modelos de cuidado escalonado, nos quais usuários recebem intensidade proporcional à necessidade e podem ser encaminhados para avaliação especializada diante de risco, piora ou baixa resposta. A tecnologia deve facilitar continuidade, e não funcionar como filtro para impedir acesso a cuidado humano (Zhang *et al.*, 2024; Ilola *et al.*, 2024).

Aye e colaboradores discutem o papel de intervenções digitais de autoajuda para burnout e outros desfechos, enquanto Cameron e colaboradores sintetizam revisões sobre saúde mental digital no trabalho. Em conjunto, os estudos indicam que programas escaláveis são possíveis, mas não eliminam necessidade de avaliação e suporte organizacional. Taxas de adesão, abandono, piora de sintomas, percepção de privacidade e uso de encaminhamentos são indicadores tão relevantes quanto mudança média em escalas de sintomas (Aye *et al.*, 2024; Cameron *et al.*, 2025).

4.4. Práticas Baseadas em Evidências, Implementação e Qualidade

A prática baseada em evidências emergiu como mecanismo de disciplina decisória para os demais eixos. Sem avaliação crítica, equipes podem manter rotinas por tradição, gestores podem adquirir tecnologias por pressão de mercado e programas de saúde mental podem ser implantados sem evidência de adequação. Tucker e colaboradores defendem a conexão entre modelos de prática baseada em evidências e ciência da implementação,

deslocando o foco de “conhecer a evidência” para “usar e sustentar a evidência” em processos reais (Tucker *et al.*, 2021).

A análise mostra que competências individuais são necessárias, mas insuficientes. Clarke e colaboradores identificam fatores que influenciam implementação rotineira, e da Silva e colaboradores demonstram diversidade de instrumentos para mensurar conhecimento, habilidades, crenças e implementação. Para gestores, isso significa que uma única medida de treinamento não representa maturidade em evidências. É necessário avaliar capacidade de busca, acesso, crítica, aplicação, mensuração e cultura de aprendizagem (Clarke *et al.*, 2021; Da Silva *et al.*, 2024).

O contraste entre atitudes e prática é particularmente relevante. O estudo brasileiro de Silva e colaboradores identificou atitudes favoráveis entre enfermeiros hospitalares, mas uso inconsistente das melhores evidências. A revisão de Adombire e colaboradores em países de baixa e média renda também destaca diferenças de conhecimento, habilidades e implementação. Esses achados sugerem que a lacuna entre saber e fazer deve ser tratada como problema organizacional, com tempo protegido, acesso a bases, suporte metodológico e liderança (Silva *et al.*, 2021; Adombire *et al.*, 2024).

A ciência da implementação fornece linguagem para planejar mudança. Kuo, Trinkley e Rabin descrevem intervenção, estratégias, modelos, resultados e engajamento de partes interessadas como ingredientes centrais. Chambers enfatiza adaptação ao contexto. Em um projeto de telessaúde, por exemplo, não basta decidir qual plataforma utilizar: é necessário definir quem agenda, quem responde, quais pacientes são elegíveis, como o risco é estratificado,

como falhas são tratadas e como o serviço será mantido após a fase inicial (Kuo; Trinkley; Rabin, 2022; Chambers, 2023).

A educação permanente aparece como um dos mecanismos de sustentação. Vaajoki e colaboradores observaram efeito positivo de educação sistemática sobre prática baseada em evidências. Reynolds e Granger apresentam ferramentas de implementação direcionadas a clínicos, reforçando que profissionais da linha de frente precisam participar do desenho e avaliação das mudanças. Programas eficazes tendem a conectar aprendizagem a problemas concretos, facilitar mentoria e disponibilizar feedback sobre resultados (Vaajoki *et al.*, 2023; Reynolds; Granger, 2023).

A perspectiva de retorno sobre investimento também é relevante. Connor e colaboradores mostram que práticas baseadas em evidências podem produzir benefícios clínicos e econômicos, embora dependam da intervenção. Para inovação digital, isso recomenda análise de custo total de propriedade, incluindo licenças, infraestrutura, treinamento, suporte, cibersegurança, integração, tempo profissional e manutenção. Uma solução aparentemente barata pode ser de baixo valor se gerar retrabalho ou não alterar desfechos (Connor *et al.*, 2023; De Guzman *et al.*, 2022).

A revisão viva de Zhao e colaboradores demonstra que implementação de prática baseada em evidências é dinâmica e responde às características do sistema de saúde. Tucker e colaboradores reforçam a preparação do contexto como pré-condição para mudança. Assim, sustentabilidade depende de liderança, alinhamento de incentivos, recursos, dados de desempenho e capacidade de adaptar processos. A melhor evidência disponível pode mudar, e serviços precisam de

mecanismos regulares para revisar protocolos e descontinuar práticas de baixo valor (Zhao *et al.*, 2022; Tucker *et al.*, 2021).

4.5. Síntese Integrativa: Condições para Saúde Integral na Era da Inovação

A integração dos quatro eixos permite propor que saúde integral na era da inovação é um arranjo sociotécnico. “Sociotécnico” significa reconhecer que resultados surgem da interação entre pessoas, competências, relações, regras, tecnologias, dados e ambiente organizacional. Uma falha em qualquer componente pode limitar os demais: tecnologia sem equipe integrada produz dados sem coordenação; equipe sem evidência pode coordenar práticas de baixo valor; apoio de saúde mental sem proteção organizacional pode ter adesão limitada; evidência sem implementação permanece no plano normativo (Ibrahim *et al.*, 2022; Tucker *et al.*, 2021; Wei *et al.*, 2022).

O primeiro requisito desse arranjo é governança clínica compartilhada. Deve existir uma instância responsável por definir objetivos, critérios de elegibilidade, responsabilidades, indicadores e mecanismos de revisão. Governança também precisa integrar segurança do paciente, ética digital e gestão de dados, evitando estruturas paralelas. As recomendações globais sobre segurança e inteligência artificial mostram que responsabilização e monitoramento são condições para inovação confiável (World Health Organization, 2021a; World Health Organization, 2021b).

O segundo requisito é interoperabilidade funcional. Não basta que sistemas troquem dados tecnicamente; a informação precisa chegar ao profissional certo, em formato compreensível e no momento em

que pode alterar uma decisão. Monitoramento remoto, telessaúde e IA tornam esse requisito evidente, pois aumentam volume e velocidade dos dados. Sem filtros, prioridades e integração ao prontuário, a digitalização pode aumentar carga cognitiva e fragmentação (Taylor *et al.*, 2021; Serrano *et al.*, 2023; Castelyn *et al.*, 2021).

O terceiro requisito é participação da pessoa atendida. Integralidade não se resume a ampliar o número de intervenções, mas a construir um plano compatível com prioridades, capacidade e contexto do usuário. Tecnologias digitais devem oferecer alternativas acessíveis e não impor exclusão a quem possui baixa conectividade ou alfabetização digital. Da mesma forma, decisões baseadas em evidências precisam incorporar valores e preferências. Esse princípio também protege contra uma visão excessivamente tecnocêntrica de eficiência (World Health Organization, 2021c; Connor *et al.*, 2023).

O quarto requisito é saúde mental como indicador de qualidade. Para pacientes, rastreamento e acesso ao cuidado psíquico precisam estar integrados à trajetória clínica. Para profissionais, bem-estar não deve ser medido apenas como benefício individual, mas como componente de capacidade operacional, retenção e segurança. Intervenções digitais podem ampliar apoio, mas precisam coexistir com políticas de trabalho saudável e acesso a cuidado confidencial (World Health Organization, 2022; López-Del-Hoyo *et al.*, 2023; Cameron *et al.*, 2025).

O quinto requisito é um ciclo contínuo de evidência e implementação. Antes da adoção, define-se o problema e seleciona-se a melhor intervenção disponível; durante a implantação, monitoram-se adoção, fidelidade funcional, segurança, equidade e

carga de trabalho; após a implantação, avaliam-se resultados e sustentabilidade. Adaptações são documentadas e revisadas. Esse ciclo permite que inovação seja corrigida ou interrompida quando não entrega valor, reduzindo dependência de modismos (Chambers, 2023; Kuo; Trinkley; Rabin, 2022).

O sexto requisito é educação permanente interprofissional. Novas tecnologias alteram papéis e distribuem tarefas; novas evidências alteram protocolos; novas demandas de saúde mental exigem competências de comunicação e reconhecimento de risco. A educação deve, portanto, incluir colaboração, alfabetização digital, avaliação crítica da evidência, ética, segurança e comunicação centrada na pessoa. Revisões de educação interprofissional mostram que estratégias ativas podem melhorar competências, mas a transferência para a prática depende do ambiente de trabalho (Tan Shuyi *et al.*, 2024; Saragih *et al.*, 2024; Vaajoki *et al.*, 2023).

Em síntese, a literatura recente não sustenta uma relação automática entre inovação e melhoria. O benefício depende da qualidade da integração entre pessoas, processos, tecnologia e evidência. Quando esses elementos são governados conjuntamente, a inovação pode ampliar continuidade, coordenação e capacidade de resposta; quando são implantados de forma fragmentada, podem apenas digitalizar problemas existentes. A saúde integral emerge, portanto, como critério para julgar a inovação: uma solução é relevante na medida em que melhora o cuidado da pessoa como um todo e fortalece a rede responsável por esse cuidado (Wei *et al.*, 2022; Ibrahim *et al.*, 2022; World Health Organization, 2022; Tucker *et al.*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu o objetivo de analisar como integração multiprofissional, tecnologias em saúde, atenção à saúde mental e práticas baseadas em evidências podem ser articuladas para sustentar um modelo de saúde integral. A síntese demonstra que esses componentes não devem ser tratados como agendas independentes. A integração multiprofissional fornece a estrutura relacional do cuidado; as tecnologias ampliam conectividade e capacidade de acompanhamento; a saúde mental garante atenção a uma dimensão essencial de usuários e trabalhadores; e a prática baseada em evidências orienta escolhas, avaliação e revisão das intervenções. A convergência mais consistente da literatura foi a dependência recíproca entre organização do trabalho, recursos digitais, proteção da saúde mental e capacidade de incorporar e revisar evidências.

A principal conclusão é que inovação em saúde precisa ser compreendida como redesenho sociotécnico, e não como simples incorporação de ferramentas. Tecnologias geram valor quando respondem a problemas clínicos definidos, integram-se aos fluxos de trabalho, preservam supervisão humana e são acompanhadas por governança, segurança da informação e avaliação de resultados. A maturidade de um serviço inovador se expressa menos pela quantidade de soluções utilizadas e mais pela capacidade de selecionar, integrar, monitorar e descontinuar tecnologias de forma responsável.

A integração multiprofissional, por sua vez, exige objetivos compartilhados, clareza de papéis, comunicação estruturada e oportunidades reais de decisão conjunta. A diversidade de profissões só se transforma em integralidade quando o paciente recebe um plano coerente e contínuo, em vez de condutas paralelas. Educação

interprofissional e educação permanente devem ser vinculadas a mudanças nos processos assistenciais e a indicadores de qualidade e segurança.

A saúde mental precisa ocupar posição transversal. Para usuários, deve ser considerada ao longo das trajetórias de cuidado, com acesso proporcional à necessidade e conexão com a rede assistencial. Para trabalhadores, programas de apoio devem ser confidenciais, acessíveis e complementares a medidas organizacionais que reduzam fontes evitáveis de sobrecarga. Soluções digitais podem ampliar alcance, mas não substituem vínculo, cuidado especializado nem responsabilidade institucional por condições de trabalho saudáveis.

A prática baseada em evidências e a ciência da implementação oferecem o mecanismo de sustentação do modelo proposto. Elas permitem transformar conhecimento em processos observáveis, adaptar intervenções ao contexto, medir resultados e revisar decisões. A adoção de qualquer inovação deve incluir critérios de benefício, segurança, equidade, experiência do usuário, carga de trabalho, custo e sustentabilidade. Esse ciclo contínuo reduz a distância entre evidência e prática e favorece organizações capazes de aprender.

Como limitação, a revisão concentrou-se em publicações recentes e em evidências heterogêneas, o que impede estimativas únicas de efeito e exige cautela na generalização para serviços específicos. Ainda assim, o conjunto analisado oferece base consistente para orientar planejamento, pesquisa e gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOMBIRE, Stephen *et al.* Knowledge, skills, attitudes, beliefs, and implementation of evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: a scoping review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 21, n. 5, p. 542-553, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12734>. Acesso em: 14 jul. 2026.

AYE, Lwin M. *et al.* Self-help digital mental health intervention in improving burnout and mental health outcomes among healthcare workers: a narrative review. **Digital Health**, v. 10, 20552076241278313, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20552076241278313>. Acesso em: 03 jul. 2026.

BADAWY, Walaa; ZINHOM, Haithm; SHABAN, Mostafa. Navigating ethical considerations in the use of artificial intelligence for patient care: a systematic review. **International Nursing Review**, v. 72, n. 3, e13059, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.13059>. Acesso em: 21 jul. 2026.

BOUTON, Céline *et al.* Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. **BMC Primary Care**, v. 24, art. 253, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02189-0>. Acesso em: 08 jul. 2026.

CAMERON, Gillian *et al.* Effectiveness of digital mental health interventions in the workplace: umbrella review of systematic reviews. **JMIR Mental Health**, v. 12, e67785, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/67785>. Acesso em: 29 jul. 2026.

CASTELYN, Grant *et al.* Predictive performance and impact of algorithms in remote monitoring of chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Medical**

Informatics, v. 156, 104620, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104620>. Acesso em: 11 jul. 2026.

CHAMBERS, David A. Advancing adaptation of evidence-based interventions through implementation science: progress and opportunities. **Frontiers in Health Services**, v. 3, 1204138, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1204138>. Acesso em: 17 jul. 2026.

CLARKE, Vanessa *et al.* Nurse practitioners' implementation of evidence-based practice into routine care: a scoping review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 18, n. 3, p. 180-189, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12510>. Acesso em: 02 jul. 2026.

CONNOR, Linda *et al.* Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: findings from a scoping review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 20, n. 1, p. 6-15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>. Acesso em: 25 jul. 2026.

DA SILVA, Anderson Martins *et al.* Instruments to assess evidence-based practice among health care professionals: a systematic review. **Health Education & Behavior**, v. 51, n. 3, p. 467-476, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10901981231170154>. Acesso em: 06 jul. 2026.

DE GUZMAN, Keshia R. *et al.* Economic evaluations of remote patient monitoring for chronic disease: a systematic review. **Value in Health**, v. 25, n. 6, p. 897-913, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.12.001>. Acesso em: 19 jul. 2026.

DRISSI, Nidal *et al.* A systematic literature review on e-mental health solutions to assist health care workers during COVID-19. **Telemedicine and e-Health**, v. 27, n. 6, p. 594-602, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0287>. Acesso em: 15 jul. 2026.

HALTAUFDERHEIDE, Joschka; RANISCH, Robert. The ethics of ChatGPT in medicine and healthcare: a systematic review on Large Language Models (LLMs). **npj Digital Medicine**, v. 7, art. 183, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01157-x>. Acesso em: 28 jul. 2026.

HEIP, Tine *et al.* The effects of interdisciplinary bedside rounds on patient centeredness, quality of care, and team collaboration: a systematic review. **Journal of Patient Safety**, v. 18, n. 1, p. e40-e44, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000695>. Acesso em: 04 jul. 2026.

IBRAHIM, Mohd Salami *et al.* Digital health for quality healthcare: a systematic mapping of review studies. **Digital Health**, v. 8, 20552076221085810, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20552076221085810>. Acesso em: 22 jul. 2026.

ILOLA, Tiina *et al.* The effectiveness of digital solutions in improving nurses' and healthcare professionals' mental well-being: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Research in Nursing**, v. 29, n. 2, p. 97-109, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17449871241226914>. Acesso em: 09 jul. 2026.

JOO, Jee Young. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: a systematic review. **Nursing Open**, v. 10, n. 6, p. 3460-3473, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>. Acesso em: 27 jul. 2026.

KAISER, Laura *et al.* Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 11, art. 169, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x>. Acesso em: 13 jul. 2026.

KHAN, Muhammad Mohsin *et al.* Towards secure and trusted AI in healthcare: a systematic review of emerging innovations and ethical challenges. **International Journal of Medical Informatics**, v. 195, 105780, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105780>. Acesso em: 01 jul. 2026.

KUO, Grace M.; TRINKLEY, Katy E.; RABIN, Borsika. Research and scholarly methods: implementation science studies. **Journal of the American College of Clinical Pharmacy**, v. 5, n. 9, p. 995-1004, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jac5.1673>. Acesso em: 18 jul. 2026.

LÓPEZ-DEL-HOYO, Yolanda *et al.* Effects of eHealth interventions on stress reduction and mental health promotion in healthcare professionals: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 17-18, p. 5514-5533, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16634>. Acesso em: 07 jul. 2026.

McNETT, Molly *et al.* Advancing evidence-based practice through implementation science: critical contributions of Doctor of Nursing Practice- and Doctor of Philosophy-prepared nurses. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 18, n. 2, p. 93-101, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12496>. Acesso em: 26 jul. 2026.

MOE-BYRNE, Thirimon *et al.* Effectiveness of tailored digital health interventions for mental health at the workplace: a systematic review of randomised controlled trials. **PLOS Digital Health**, v. 1, n. 10,

e0000123, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000123>. Acesso em: 10 jul. 2026.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 30 jul. 2026.

PARK, Jung-Hyun *et al.* The effectiveness of e-healthcare interventions for mental health of nurses: a PRISMA-compliant systematic review of randomized controlled trials. **Medicine**, v. 101, n. 25, e29125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029125>. Acesso em: 16 jul. 2026.

PASCUCCI, Domenico *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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.006>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PHILIPPE, Tristan J. *et al.* Digital health interventions for delivery of mental health care: systematic and comprehensive meta-review. **JMIR Mental Health**, v. 9, n. 5, e35159, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/35159>. Acesso em: 05 jul. 2026.

REYNOLDS, Staci S.; GRANGER, Bradi B. Implementation science toolkit for clinicians: improving adoption of evidence in practice. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 42, n. 1, p. 33-41, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000556>. Acesso em: 12 jul. 2026.

ROHWER, Anke *et al.* Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, art. 894, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09894-7>. Acesso em: 20 jul. 2026.

RUIZ-RAMOS, Jesús *et al.* The impact of pharmaceutical care in multidisciplinary teams on health outcomes: systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 12, p. 2518-2526, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.038>. Acesso em: 08 jul. 2026.

SARAGIH, Ita Daryanti *et al.* Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today**, v. 136, 106136, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106136>. Acesso em: 31 jul. 2026.

SERRANO, Luiza Palmieri *et al.* Benefits and challenges of remote patient monitoring as perceived by health care practitioners: a systematic review. **The Permanente Journal**, v. 27, n. 4, p. 100-111, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7812/TPP/23.022>. Acesso em: 14 jul. 2026.

SILVA, Juliana de Oliveira Musse *et al.* Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, e67898, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>. Acesso em: 02 jul. 2026.

SNOSWELL, Centaine L. *et al.* The clinical effectiveness of telehealth: a systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 29, n. 9, p. 669-684, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X211022907>. Acesso em: 23 jul. 2026.

TAN SHUYI, Amelia *et al.* Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: a systematic review. **Nurse Education in Practice**, v. 74, 103864, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103864>. Acesso em: 17 jul. 2026.

TANG, Lu; LI, Jinxu; FANTUS, Sophia. Medical artificial intelligence ethics: a systematic review of empirical studies. **Digital Health**, v. 9, 20552076231186064, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20552076231186064>. Acesso em: 29 jul. 2026.

TAYLOR, Monica L. *et al.* Does remote patient monitoring reduce acute care use? A systematic review. **BMJ Open**, v. 11, n. 3, e040232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040232>. Acesso em: 09 jul. 2026.

TILALA, Mitul Harishbhai *et al.* Ethical considerations in the use of artificial intelligence and machine learning in health care: a comprehensive review. **Cureus**, v. 16, n. 6, e62443, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.62443>. Acesso em: 21 jul. 2026.

TUCKER, Sharon *et al.* Implementation science: application of evidence-based practice models to improve healthcare quality. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 18, n. 2, p. 76-84, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12495>. Acesso em: 11 jul. 2026.

VAAJOKI, Anne *et al.* Systematic education has a positive impact on nurses' evidence-based practice: intervention study results. **Nurse Education Today**, v. 120, 105597, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105597>. Acesso em: 06 jul. 2026.

WEBSTER, Craig S. *et al.* Interprofessional learning in multidisciplinary healthcare teams is associated with reduced patient mortality: a quantitative systematic review and meta-analysis. **Journal of Patient Safety**, v. 20, n. 1, p. 57-65, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001170>. Acesso em: 15 jul. 2026.

WEI, Holly *et al.* A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 36, n. 5, p. 735-749, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>. Acesso em: 27 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance**. Geneva: World Health Organization, 2021a. ISBN 978-92-4-002920-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>. Acesso em: 13 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021b. ISBN 978-92-4-003270-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 04 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020-2025**. Geneva: World Health Organization, 2021c. ISBN 978-92-4-002092-4. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>. Acesso em: 22 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization, 2022. ISBN 978-92-4-004933-8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 19 jul. 2026.

WUBINEH, Betelhem Zewdu; DERIBA, Fitsum Gizachew; WOLDEYOHANNIS, Michael Melese. Exploring the opportunities and challenges of implementing artificial intelligence in healthcare: a systematic literature review. **Urologic Oncology**, v. 42, n. 3, p. 48-56, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2023.11.019>. Acesso em: 07 jul. 2026.

YANG, Jia-Ming *et al.* Effects of web-based mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and stress among frontline health care workers during the COVID-19 pandemic: systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, e44000, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/44000>. Acesso em: 26 jul. 2026.

ZHANG, Zemiao *et al.* The effectiveness of e-mental health interventions on stress, anxiety, and depression among healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, v. 13, art. 144, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02565-6>. Acesso em: 01 jul. 2026.

ZHAO, Junqiang *et al.* Evidence-based practice implementation in healthcare in China: a living scoping review. **The Lancet Regional Health - Western Pacific**, v. 20, 100355, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100355>. Acesso em: 18 jul. 2026.

- ¹ Psicóloga e Neuropsicóloga. Clínica Infinitus Psicologia Integrada.
E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0009-0007-7668-5834>
- ² Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ³ Doutoranda. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-1024-3589>
- ⁴ Especialista. Estácio Amazonas. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7906-9892>
- ⁵ Mestre em Nutrição, atividade física e esporte. Afiliação informada:
N/A. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
Identificador informado: <https://orcid.org/0009-0009-4807-0802>
- ⁶ Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0009-0000-5743-3550>
- ⁷ Graduação em Gestão Pública. Faculdade Anhanguera. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0009-0007-9725-2130>
- ⁸ Enfermeira. Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2055-7372>

⁹ Mestre. Unopar/Anhanguera. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2543-4979>

¹⁰ Estudante. UNIDERP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8009-8738>

¹¹ Mestranda. UNICENTRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2143-1419>.

¹² Mestre. HC-UFPE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6709-6276>

¹³ Biólogo, Tecnólogo em Radiologia e Especialista em Radioterapia. UFSC e IFSC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁴ Mestranda. Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4776-4224>