REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO SUS

COMPREHENSIVE CARE AND HUMANIZATION OF HEALTHCARE: CHALLENGES AND POTENTIAL OF MULTIPROFESSIONAL PRACTICE IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

Ciências da Saúde • 20/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794931274

Adriane Duarte Amorim Costa[1]

Rivadávia Souza Costa Júnior[2]

Lawínya Assíria Amorim Costa[3]

Thaís Caires Moura[4]

Ronny Caiado Azevedo Silva[5]

Anderson Acioli Soares[6]

Renata de Arruda Câmara Silva[7]

Marília Silveira de Galvão[8]

Tardelly Sousa Sipaúba[9]

Deuselita Alves Ferreira[10]

Hyngrid Assíria Amorim Costa[11]

RESUMO

A integralidade e a humanização constituem dimensões indissociáveis da qualidade da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), mas sua concretização exige superar a fragmentação do trabalho e as desigualdades de acesso. Este artigo analisa desafios e potencialidades da atuação multiprofissional para a produção de cuidado integral, humanizado e coordenado nos serviços do SUS. Desenvolveu-se uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa, baseada em artigos científicos publicados em português entre 2022 e 2026 e localizados no portal SciELO e em páginas de periódicos científicos. A análise temática reuniu evidências relativas à colaboração interprofissional, ao acolhimento, à coordenação do cuidado, à formação e às condições de trabalho. Os estudos indicam que escuta qualificada, corresponsabilização, discussão compartilhada de casos, apoio matricial e projetos terapêuticos singulares favorecem a atenção centrada na pessoa. Entretanto, persistem hierarquias profissionais, sobrecarga das equipes, barreiras no acesso especializado e fragilidade dos mecanismos de comunicação entre serviços. Conclui-se que a humanização depende tanto de atitudes relacionais quanto de condições institucionais, financiamento, gestão participativa, educação permanente e participação dos usuários na construção dos planos de cuidado.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Humanização da assistência; Equipe multiprofissional; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Comprehensive and humanized care are inseparable dimensions of quality in Brazil's Unified Health System (SUS), yet their implementation requires overcoming fragmented practices and

inequalities in access. This article analyzes the challenges and potential contributions of multiprofessional practice to comprehensive, humanized, and coordinated care within the SUS. A qualitative narrative literature review was conducted using Portuguese-language scientific papers published between 2022 and 2026, retrieved from SciELO and journal websites. The thematic analysis addressed interprofessional collaboration, welcoming practices, care coordination, professional education, and working conditions. The literature suggests that qualified listening, shared accountability, joint case discussions, matrix support, and individualized therapeutic plans strengthen person-centered care. However, professional hierarchies, staff overload, barriers to specialist care, and weak communication between services remain significant challenges. The review concludes that humanization depends not only on professional attitudes but also on institutional conditions, adequate funding, participatory management, continuing education, and the active involvement of service users in care planning.
Keywords: Comprehensive health care; Humanization of care; Multiprofessional team; Unified Health System; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou a saúde como direito social e instituiu a integralidade como princípio orientador da assistência. Sua aplicação requer reconhecer que necessidades de saúde incluem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e territoriais, não se restringindo ao diagnóstico e à intervenção clínica. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um arranjo privilegiado para relacionar acompanhamento longitudinal, atuação em equipe e

responsabilidade sanitária por populações adscritas. Contudo, a simples reunião de diferentes categorias profissionais não assegura cuidado articulado nem participação efetiva dos usuários (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Oliveira *et al.*, 2025).

A concretização da integralidade exige considerar o percurso assistencial como uma sequência conectada de decisões, e não como a soma de consultas e procedimentos. No acompanhamento de situações de saúde persistentes, a equipe de referência precisa identificar necessidades, negociar prioridades e assegurar a circulação oportuna de informações entre os diferentes pontos da rede. Quando encaminhamentos ocorrem sem comunicação de retorno, o usuário se torna responsável por recompor a própria história clínica, com risco de repetição de condutas e perda de continuidade. A literatura sobre coordenação do cuidado sustenta a relevância dessa articulação entre profissionais, serviços e gestores (Halberstadt *et al.*, 2025; Melo; Silva, 2025).

A humanização, por sua vez, não pode ser reduzida à cordialidade durante o atendimento. Ela pressupõe escuta qualificada, respeito à autonomia, construção de vínculos, acolhimento das diferenças e compartilhamento de decisões, além de condições dignas para trabalhadores e pessoas atendidas. Na atenção psicossocial, investigações com profissionais apontam que a relação terapêutica depende do reconhecimento da singularidade dos sujeitos e da organização dos processos assistenciais. Entre pessoas em tratamento de tuberculose, as experiências de cuidado também evidenciam a importância de confiança, comunicação e ausência de julgamento para a continuidade terapêutica (Sousa *et al.*, 2023; Pacheco *et al.*, 2026).

Nesse contexto, o cuidado centrado na pessoa desloca a pergunta exclusivamente técnica sobre qual intervenção realizar para uma análise compartilhada do que é clinicamente necessário, socialmente viável e significativo para cada usuário. A comunicação profissional precisa considerar linguagem compreensível, privacidade, experiências anteriores e preferências terapêuticas. A participação não se limita à aceitação de orientações previamente formuladas: requer oportunidade concreta de esclarecer dúvidas, negociar metas e revisar decisões. Pesquisas realizadas na ESF e na atenção psicossocial revelam que tais competências dependem de relações de confiança e de condições de trabalho que permitam escuta efetiva (Prado *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2023).

A atuação multiprofissional dispõe de recursos para articular saberes clínicos, psicossociais, educativos e comunitários. Entretanto, a divisão rígida de tarefas, a persistência de hierarquias e a insuficiência de espaços de deliberação conjunta reproduzem respostas fragmentadas às necessidades complexas. Um estudo com 311 profissionais da ESF identificou atitudes colaborativas predominantemente moderadas e associação com formação especializada e tempo de atuação, demonstrando que cooperação não resulta automaticamente da composição formal das equipes. Além disso, a descontinuidade entre APS e atenção especializada compromete trajetórias assistenciais e amplia o esforço exigido das famílias (Graça *et al.*, 2024; Melo; Silva, 2025).

A ampliação das equipes multiprofissionais na APS abre possibilidades de apoio clínico e pedagógico, especialmente quando os profissionais atuam de forma matricial e compartilham projetos terapêuticos com a ESF. Entretanto, mudanças na composição das equipes não eliminam, automaticamente, disputas de atribuições,

dificuldades de agenda ou assimetrias de poder entre categorias. O debate sobre as eMulti evidencia a necessidade de associar financiamento, organização do processo de trabalho e educação interprofissional. Instrumentos de avaliação das barreiras colaborativas podem auxiliar o planejamento, desde que não substituam a observação da realidade institucional e a escuta dos trabalhadores (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Loch *et al.,* 2025).

Apesar do avanço recente das publicações brasileiras, permanecem questões relacionadas à passagem dos referenciais de integralidade e humanização para práticas capazes de produzir continuidade, equidade e participação mensuráveis. Estudos sobre atitudes colaborativas, atributos da APS, formação e articulação entre serviços oferecem evidências complementares, mas frequentemente investigam desfechos distintos e cenários localizados. Torna-se, assim, pertinente reunir criticamente essas contribuições sem presumir equivalência entre presença de profissionais, funcionamento efetivo da equipe e qualidade do cuidado experimentado. Essa distinção orienta a problematização e reforça a necessidade de interpretar resultados à luz das condições concretas do SUS (Graça *et al*., 2024; Borin *et al*., 2024; Oliveira *et al*., 2025).

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão norteadora: quais desafios limitam e quais estratégias fortalecem a atuação multiprofissional na promoção do cuidado integral e humanizado no SUS? O objetivo geral consiste em analisar criticamente a literatura brasileira recente sobre relações entre integralidade, humanização e colaboração profissional, identificando fatores organizacionais, formativos e assistenciais associados à qualidade do cuidado. A relevância do estudo decorre da necessidade de transformar

princípios normativos em práticas verificáveis de corresponsabilização, coordenação entre níveis de atenção e protagonismo das pessoas atendidas (Prado *et al.*, 2023; Loch *et al.*, 2025).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Integralidade Como Princípio Organizador do Cuidado

A integralidade admite pelo menos três dimensões complementares: compreensão ampliada das necessidades das pessoas, oferta articulada de ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras, e integração entre pontos da rede assistencial. Na APS, isso implica atender demandas agudas sem perder o acompanhamento de condições crônicas, da saúde mental e de determinantes sociais. A avaliação de atributos essenciais da ESF realizada com usuários de Santa Catarina identificou fragilidades na oferta e na coordenação, reforçando que o acesso ao serviço não equivale necessariamente à disponibilidade efetiva de atenção integral (Borin *et al.*, 2024).

A perspectiva da clínica ampliada desloca o foco de uma doença isolada para a pessoa situada em sua história, família e território. Para isso, profissionais precisam considerar expectativas, preferências, recursos familiares e condições materiais que interferem na adesão e na capacidade de autocuidado. Estudos de formação em residências multiprofissionais mostram que os participantes reconhecem o valor desse princípio, mas encontram obstáculos para convertê-lo em condutas concretas, sobretudo na articulação entre conteúdos teóricos e situações do cotidiano assistencial (Lima; Soeiro; Folha, 2024).

O caráter integral do cuidado não se mede apenas pelo número de profissionais envolvidos, mas pela coerência entre avaliação, planejamento, acompanhamento e reavaliação. Planos clínicos elaborados sem diálogo podem gerar intervenções simultâneas e contraditórias, sobrecarregando usuários com consultas e prescrições desconectadas. A participação da pessoa na definição de prioridades, por outro lado, permite pactuar metas alcançáveis e compreender o que faz sentido em seu contexto de vida. A comunicação interprofissional e a centralidade do usuário constituem, assim, competências essenciais para integrar decisões clínicas (Prado *et al.,* 2023).

A integralidade também possui dimensão política, pois depende de redes públicas capazes de garantir continuidade mesmo quando o cuidado ultrapassa a unidade básica. A articulação entre territórios, serviços especializados e dispositivos comunitários exige fluxos assistenciais, registros acessíveis, discussão compartilhada de casos e mecanismos de retorno das informações. Sem esses recursos, pessoas com condições complexas transitam por diferentes serviços sem coordenação e tendem a assumir individualmente a tarefa de conectar tratamentos. A literatura recente situa o fortalecimento da rede como uma das questões centrais para a ESF contemporânea (Melo; Silva, 2025; Albuquerque *et al.,* 2025).

2.2. Humanização, Acolhimento e Protagonismo dos Usuários

A humanização da assistência envolve dimensões éticas, comunicacionais e institucionais. Exige reconhecer que sofrimento, medo, estigma e relações assimétricas de poder interferem na procura pelos serviços, na revelação de necessidades e na adesão a propostas terapêuticas. Na atenção psicossocial, trabalhadores

descrevem limites relacionados às equipes, às famílias, aos usuários e aos próprios processos de trabalho, o que mostra que o cuidado centrado na pessoa não depende de uma técnica isolada. Sua sustentação requer pactos de cuidado e disponibilidade para negociação de objetivos (Sousa *et al.*, 2023).

O acolhimento integra o trabalho desde o primeiro contato, envolvendo compreensão da demanda, avaliação de vulnerabilidade e definição compartilhada dos próximos passos. Trata-se de postura transversal, não apenas de setor físico ou triagem inicial. A comunicação precisa ser clara, respeitosa e culturalmente adequada, inclusive com informação sobre riscos, benefícios e alternativas de tratamento. Pesquisa com pessoas em tratamento de tuberculose destaca o significado das relações de confiança e dos modos de comunicação na experiência de humanização, especialmente quando o tratamento requer contato continuado com os serviços (Pacheco *et al.*, 2026).

Para evitar que a humanização se restrinja à conduta individual, ela deve integrar agendas, horários, organização das filas, privacidade, ambiência e mecanismos de escuta institucional. A atenção centrada na pessoa exige tempo suficiente para compreensão das necessidades e capacidade de resposta após sua identificação. Equipes pressionadas por produtividade exclusivamente quantitativa podem reduzir encontros clínicos à sequência de procedimentos, enfraquecendo vínculo e acompanhamento. Assim, qualidade relacional e organização do serviço são dimensões inseparáveis do trabalho humanizado (Prado *et al.*, 2023; Oliveira *et al.,* 2025).

A participação efetiva do usuário também impõe superar concepções paternalistas nas quais profissionais decidem unilateralmente o percurso assistencial. Reuniões de equipe, aconselhamento compartilhado e projetos terapêuticos singulares tornam-se mais coerentes quando contemplam preferências, recursos e limites da pessoa e de sua família. A literatura indica, porém, que comunicação deficiente e persistência de papéis rígidos podem deslocar a voz dos usuários para posição secundária. Humanizar significa, portanto, ampliar autonomia sem transferir ao indivíduo a responsabilidade por obstáculos estruturais da rede de atenção (Prado *et al.*, 2023; Melo; Silva, 2025).

2.3. Multiprofissionalidade e Colaboração Interprofissional

A multiprofissionalidade descreve a presença de diferentes formações no cuidado, enquanto a interprofissionalidade pressupõe interação deliberada entre saberes, objetivos comuns e responsabilidade compartilhada. Essa distinção é decisiva: uma equipe pode ser numerosa e, ainda assim, atuar pela soma de consultas autônomas, com baixa integração. O trabalho colaborativo requer reconhecer contribuições específicas, definir atribuições complementares, negociar prioridades e manter canais contínuos de comunicação. O ensaio teórico sobre os 30 anos da ESF destaca que colaboração e trabalho em equipe dependem de condições operacionais e arranjos de gestão, não apenas da disposição pessoal (Oliveira *et al.*, 2025).

Na ESF, a articulação entre medicina, enfermagem, odontologia, agentes comunitários e outras profissões pode favorecer diagnóstico territorial, identificação precoce de riscos e intervenções ajustadas à realidade familiar. O estudo de Graça *et al.* (2024) mostrou atitudes

colaborativas moderadas em amostra de 311 profissionais e evidenciou associação com especialização e tempo de trabalho na ESF. Esses resultados sugerem a relevância da experiência compartilhada e da qualificação profissional, mas, por seu delineamento transversal, não permitem afirmar relação causal entre formação e melhor qualidade assistencial.

Competências colaborativas envolvem comunicação aberta, manejo de conflitos, clareza de papéis, liderança compartilhada e decisão orientada pela necessidade do usuário. Prado *et al.* (2023) observaram que a comunicação interprofissional e a participação das pessoas são componentes centrais do trabalho na ESF, embora ainda existam limitações para seu exercício cotidiano. A insuficiência de encontros periódicos, a linguagem excessivamente especializada e a valorização desigual das categorias dificultam a construção de planos conjuntos, mesmo quando os profissionais reconhecem a importância teórica da integração.

A colaboração também exige superar resistências institucionais historicamente relacionadas a identidade profissional, autonomia técnica e autoridade decisória. Spagnol *et al.* (2022) discutem que tensões e resistências podem revelar modos de organização do trabalho e devem ser analisadas, não simplesmente reprimidas. Em perspectiva complementar, Souza *et al.* (2023) identificaram barreiras sociopolíticas, institucionais e relacionais na formação interprofissional, incluindo hierarquias e compartimentalização das profissões. Esses resultados apontam a necessidade de práticas reflexivas e políticas de formação que favoreçam cooperação sem apagar competências específicas.

2.4. ESF, eMulti e Coordenação do Cuidado em Rede

A Estratégia Saúde da Família constitui eixo estruturante da APS e da organização territorial da atenção no SUS. A institucionalização das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti), em 2023, reacendeu a possibilidade de ampliar a oferta de profissões e apoiar casos que demandam conhecimentos especializados. Bispo Júnior e Almeida (2023) ressaltam que a proposta abre perspectivas para trabalho integrado, mas depende de vínculos efetivos com as equipes de referência, planejamento conjunto e formas de financiamento compatíveis com as necessidades locais.

O apoio matricial traduz uma lógica de colaboração em que profissionais de distintas áreas oferecem retaguarda técnica e pedagógica sem retirar da equipe de referência a responsabilidade pela continuidade do acompanhamento. Discussões de casos, consultas compartilhadas, intervenções coletivas e construção de projetos terapêuticos singulares favorecem circulação de saberes e resolubilidade local. Todavia, quando as equipes de apoio funcionam apenas como ambulatórios paralelos, o resultado pode ser aumento de encaminhamentos e nova fragmentação assistencial. O fortalecimento das eMulti requer, portanto, integração real ao processo de trabalho territorial (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Oliveira *et al.*, 2025).

A coordenação do cuidado refere-se à articulação de informações, responsabilidades e decisões ao longo da trajetória assistencial. Em condições crônicas, a equipe de APS acompanha pessoas por períodos prolongados e necessita organizar fluxos de avaliação, exames, tratamentos e retornos. Pesquisa qualitativa com enfermeiros indica potencialidades da coordenação na construção de continuidade e qualidade de vida, mas revela dependência de relações com outros serviços e da infraestrutura de comunicação. A

centralidade da APS na rede exige meios institucionais para concretizar esse papel (Halberstadt *et al.*, 2025).

As dificuldades se ampliam na transição entre serviços, sobretudo quando falta retorno das informações da atenção especializada ou hospitalar. Estudo avaliativo sobre duas redes assistenciais identificou avanços em planos de cuidado e matriciamento, acompanhados por problemas como rotatividade profissional e intercâmbio insuficiente de dados. Em análise mais ampla, Melo e Silva (2025) argumentam que a coordenação depende também da oferta especializada e da regulação, demonstrando que as equipes locais não conseguem, isoladamente, resolver todos os impasses estruturais da continuidade assistencial (Albuquerque *et al.*, 2025; Melo; Silva, 2025).

2.5. Formação, Educação Permanente e Condições para Humanizar

A formação em saúde ainda carrega marcas de currículos organizados por categorias profissionais e conhecimentos predominantemente disciplinares. Embora essa formação seja necessária para segurança técnica, ela se torna insuficiente quando problemas complexos exigem negociação, comunicação e intervenção conjunta. Uma pesquisa em residência multiprofissional identificou lacunas na aprendizagem da integralidade, inclusive na tradução do conceito para as práticas da equipe. Desse modo, a educação interprofissional deve incluir situações reais de cuidado e avaliação de competências colaborativas (Lima; Soeiro; Folha, 2024).

A educação permanente em saúde propõe utilizar dificuldades concretas do trabalho como matéria-prima de reflexão e

transformação. Silva, Lourenço e Baldissera (2023) demonstraram o potencial de processos participativos para elaborar diretrizes de qualificação, valorizando a experiência de profissionais e gestores. De modo semelhante, Martini, Souza e Manzini (2025) analisaram uma reformulação pedagógica de residência que buscou fortalecer competências interprofissionais. Esses estudos indicam que formação continuada ganha potência quando vinculada à rotina dos serviços, em vez de se limitar a eventos isolados e desvinculados das necessidades locais.

As condições de trabalho afetam diretamente a capacidade de promover acolhimento e continuidade. Instabilidade de vínculos, sobrecarga, pressão por atendimentos e escassez de espaços compartilhados dificultam reuniões de equipe e atenção a usuários com necessidades complexas. Souza et al. (2023) identificaram barreiras sociopolíticas e institucionais à educação interprofissional, enquanto Oliveira *et al.* (2025) discutem problemas de infraestrutura, organização do trabalho e comunicação. Nesse contexto, não é adequado atribuir exclusivamente aos profissionais a responsabilidade por falhas produzidas por estruturas insuficientes.

A melhoria sustentável exige combinar valorização dos trabalhadores, supervisão apoiadora, formação em serviço e mecanismos participativos de gestão. A avaliação de barreiras e facilitadores pode auxiliar a identificar componentes modificáveis, como frequência de reuniões, compartilhamento de responsabilidades e abertura à comunicação. Loch *et al.* (2025) desenvolveram e validaram um instrumento específico para investigar essas dimensões na APS, oferecendo subsídio metodológico para diagnóstico institucional. O instrumento, entretanto, deve orientar processos reflexivos e melhorias locais, não

funcionar como medida isolada de qualidade ou instrumento punitivo da equipe.

3. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa e finalidade descritivo-analítica. A escolha desse delineamento decorre da necessidade de interpretar criticamente contribuições de pesquisas com métodos diferentes, incluindo estudos observacionais, qualitativos, ensaios teóricos e análises de experiências formativas. A questão orientadora foi formulada em torno de desafios e potencialidades do trabalho multiprofissional para promover integralidade e humanização da assistência no SUS. Não se pretendeu estimar efeitos combinados nem produzir uma revisão sistemática com avaliação quantitativa de risco de viés.

O levantamento bibliográfico foi realizado em outubro de 2026, com consulta ao portal SciELO e às páginas eletrônicas de periódicos brasileiros em saúde. Utilizaram-se combinações de termos como “integralidade”, “humanização da assistência”, “atuação multiprofissional”, “colaboração interprofissional”, “acolhimento”, “atenção primária à saúde”, “equipes multiprofissionais”, “coordenação do cuidado” e “SUS”. Priorizou-se o intervalo de 2022 a 2026, a disponibilidade de texto ou resumo em português, a pertinência ao sistema público brasileiro e a existência de autoria, periódico, ano e identificador DOI verificáveis.

A seleção foi intencional, guiada por relevância temática e complementaridade de abordagens, sem pretensão de exaustividade. Foram excluídas publicações repetidas, conteúdos sem identificação bibliográfica suficiente e materiais cuja

contribuição não permitia dialogar diretamente com a pergunta de pesquisa. A leitura analítica enfocou objetivos, delineamentos, cenários assistenciais, participantes, achados e limites de inferência de cada trabalho. Os dados dos estudos empíricos foram mantidos em seus respectivos contextos; não se combinaram amostras nem se produziram percentuais agregados entre pesquisas metodologicamente heterogêneas.

A interpretação foi conduzida pela aproximação e contraste de achados, organizados em seis eixos: colaboração entre profissionais; humanização e escuta; eMulti e apoio matricial; coordenação entre níveis; barreiras organizacionais; e estratégias de gestão e formação. Elaboraram-se dois quadros de síntese, construídos exclusivamente com informações presentes nas publicações consultadas e com recomendações analíticas derivadas do conjunto da literatura. Por utilizar dados secundários publicados e não envolver contato com participantes, o estudo não produziu coleta primária de informações pessoais. Sua principal limitação metodológica é a ausência de protocolo sistemático de busca e de avaliação formal de qualidade das evidências.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Síntese das Evidências e Alcance do Trabalho Multiprofissional

A literatura analisada converge em um aspecto: a integração de diferentes profissionais oferece maior capacidade de resposta às necessidades complexas, mas somente quando acompanhada de comunicação, planejamento e corresponsabilização. O estudo de Graça *et al.* (2024) identificou atitudes colaborativas moderadas em

profissionais da ESF, ao passo que Prado *et al.* (2023) evidenciaram a centralidade da comunicação e da participação do usuário. Em conjunto, esses resultados indicam uma distância persistente entre o reconhecimento da importância da colaboração e a institucionalização de práticas cotidianas efetivamente compartilhadas.

Os estudos também diferem em população, desenho e nível de atenção, recomendando prudência na comparação direta. Dados quantitativos de usuários retratam experiências de acesso e integralidade; entrevistas com profissionais mostram processos de trabalho; investigações com residentes esclarecem desafios pedagógicos. A síntese do Quadro 1 reúne exemplos concretos dessa diversidade e destaca o significado de cada achado para o tema central. As amostras pertencem a pesquisas independentes e não representam uma amostra conjunta do SUS (Borin *et al.*, 2024; Lima; Soeiro; Folha, 2024; Halberstadt *et al.*, 2025).

Quadro 1. Evidências selecionadas sobre integralidade, humanização e colaboração no SUS

Estudo / delineamento	Contexto ou participantes	Contribuição para a análise
Graça *et al.* (2024) (transversal)	311 profissionais da ESF, região de São Luís (MA)	Atitudes colaborativas moderadas; especialização e tempo na ESF associados à colaboração.
Borin *et al.* (2024) (transversal)	256 usuários de 26 unidades da ESF (SC)	Fragilidades na avaliação de atributos essenciais, inclusive integralidade e coordenação.
Lima, Soeiro e Folha (2024)	29 residentes multiprofissionais,	Reconhecimento da integralidade, com

(quantiqualitativo)	Belém (PA)	dificuldades na aprendizagem e aplicação cotidiana.
Sousa *et al.* (2023) (qualitativo)	17 profissionais de dois CAPS, Centro-Oeste	Desafios para a relação terapêutica e para o cuidado centrado na pessoa.
Pacheco *et al.* (2026) (qualitativo)	30 pessoas em tratamento para tuberculose, Belém (PA)	Experiências de humanização relacionadas ao cuidado e às interações com os serviços.
Albuquerque *et al.* (2025) (avaliativo)	Seis usuárias e dez profissionais de duas redes de atenção	Avanços em planos de cuidado, com fragilidades no compartilhamento de informações.
Halberstadt *et al.* (2025) (qualitativo)	17 enfermeiros de APS, capital do Sul	Coordenação percebida como processo de articulação entre pessoas e serviços.
Souza *et al.* (2023) (qualitativo)	32 participantes do PET-Saúde, Rio de Janeiro	Barreiras sociopolíticas, institucionais e relacionais à educação interprofissional.

Fonte: elaboração própria, com base nos artigos citados no quadro (2023–2026).

O Quadro 1 evidencia a complementaridade entre estudos que abordam percepção de usuários, colaboração profissional e funcionamento das redes. A diversidade de cenários amplia o alcance interpretativo da síntese, mas impede generalizações simples para todos os municípios ou serviços. Também demonstra que atitudes colaborativas, embora relevantes, não garantem isoladamente acesso e continuidade: usuários podem enfrentar barreiras estruturais mesmo em contextos de equipes comprometidas. A qualidade assistencial precisa, por isso, ser

analisada por indicadores organizacionais e experiências concretas de cuidado (Graça *et al.*, 2024; Borin *et al.*, 2024; Albuquerque *et al.,* 2025).

A principal contribuição das evidências é deslocar o debate da composição profissional para a qualidade da articulação entre práticas. A integralidade depende de capacidade de reconhecer demandas múltiplas, coordenar intervenções e reavaliar resultados. A humanização, por sua vez, exige que esse percurso seja negociado e comunicado de modo respeitoso. Nesse sentido, o trabalho multiprofissional constitui condição potencialmente favorável, mas precisa ser mediado por processos institucionais consistentes e por participação ativa das pessoas atendidas (Prado *et al.,* 2023; Oliveira *et al.*, 2025).

4.2. Humanização, Comunicação e Experiências dos Usuários

Os estudos sobre humanização mostram que a qualidade percebida do encontro assistencial é construída pela forma como a equipe escuta, reconhece valores e oferece respostas compreensíveis. Na investigação de Pacheco *et al.* (2026), o cuidado de pessoas com tuberculose permitiu compreender a importância de relações de confiança em percursos terapêuticos prolongados. Na atenção psicossocial, Sousa *et al.* (2023) identificaram desafios que envolvem a relação entre profissionais, usuários e famílias. Esses resultados sugerem que vínculo, disponibilidade relacional e negociação terapêutica são componentes clínicos, e não acessórios do tratamento.

Entretanto, o acolhimento perde efetividade quando não há desdobramento organizacional para a demanda identificada. Uma

pessoa pode ser escutada com respeito e continuar sem acesso ao exame, à consulta especializada ou ao retorno necessário. Borin *et al.* (2024) demonstraram fragilidades nos atributos essenciais avaliados por usuários da ESF, enquanto Melo e Silva (2025) destacaram entraves à continuidade em rede. Portanto, humanizar implica combinar experiência de respeito no atendimento e capacidade de resolver ou acompanhar efetivamente as necessidades apresentadas, articulando dimensão subjetiva e responsabilidade sanitária.

As relações de equipe interferem na experiência das pessoas atendidas. Quando categorias trocam informações incompletas, oferecem explicações divergentes ou não definem a responsabilidade pelo seguimento, usuários tendem a repetir histórias e enfrentar orientações conflitantes. Prado *et al*. (2023) destacam que a comunicação interprofissional e a participação do usuário devem ser compreendidas como competências centrais da prática colaborativa. A comunicação também deve alcançar familiares e cuidadores quando pertinente, respeitando autonomia e sigilo, de forma a favorecer decisões informadas e acompanhamento consistente.

Uma estratégia operacional consiste em pactuar orientações essenciais ao final de cada encontro: compreensão da demanda, metas terapêuticas, profissional de referência, sinais de alerta e próximos contatos. Essa organização não padroniza a singularidade do cuidado; ao contrário, cria condições para que decisões individualizadas sejam executadas sem perda de informação. O envolvimento de agentes comunitários e da equipe de referência pode favorecer contato com vulnerabilidades territoriais, enquanto discussões compartilhadas de casos ampliam o repertório de

respostas. Tais práticas são coerentes com o cuidado centrado na pessoa discutido por Prado *et al.* (2023) e Oliveira *et al.* (2025).

4.3. eMulti, Apoio Matricial e Articulação da Rede Assistencial

A reorganização das equipes multiprofissionais na APS representa oportunidade para diversificar competências e apoiar a ESF em problemas que excedem a atuação de uma única categoria. Bispo Júnior e Almeida (2023) defendem que a eMulti pode ampliar o acesso e a resolutividade, desde que esteja integrada às equipes de referência. O potencial se manifesta principalmente em situações que requerem avaliação simultânea de aspectos clínicos, funcionais, nutricionais, psicológicos e sociais, mas depende de agendas comuns e reconhecimento das responsabilidades de cada profissional.

O apoio matricial ganha relevância porque associa intervenção assistencial e compartilhamento de conhecimentos. Uma discussão de caso pode definir se há necessidade de atendimento conjunto, visita domiciliar, cuidado em grupo ou apoio especializado, evitando encaminhamentos automáticos. Da mesma maneira, um projeto terapêutico singular pode incluir metas construídas com usuário e família, critérios de acompanhamento e momentos de reavaliação. O Quadro 2 sistematiza propostas operacionais relacionadas a esses dispositivos e às barreiras observadas na literatura (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Melo; Silva, 2025).

Quadro 2. Dispositivos de gestão do cuidado e possibilidades de aplicação no SUS

Dispositivo	Aplicação na prática multiprofissional	Resultado esperado / atenção necessária

Acolhimento e escuta qualificada	Identificação de necessidades, prioridades e preferências da pessoa.	Fortalecimento do vínculo; requer capacidade de encaminhar e acompanhar a demanda.
Discussão interprofissional de casos	Reuniões periódicas com objetivos e responsáveis compartilhados.	Coerência dos planos; demanda tempo protegido e comunicação horizontal.
Apoio matricial / eMulti	Atendimentos conjuntos, suporte técnico-pedagógico e gestão de casos.	Ampliação da resolutividade; evitar ambulatórios paralelos desconectados.
Projeto terapêutico singular	Metas pactuadas com usuário/família e revisão periódica do plano.	Singularização e corresponsabilização; evitar formulários sem uso prático.
Referência, contrarreferência e informação	Registros atualizados, pactuação de fluxos e retorno dos serviços.	Continuidade entre níveis; depende de rede, regulação e interoperabilidade.
Educação permanente e avaliação	Revisão coletiva de dificuldades, escuta de usuários e monitoramento de atributos.	Aprimoramento continuado; evitar avaliações punitivas ou exclusivamente numéricas.

Fonte: síntese interpretativa com base em Bispo Júnior e Almeida (2023), Prado *et al.* (2023), Loch *et al.* (2025) e Melo e Silva (2025).

Os dispositivos sistematizados no Quadro 2 são complementares, não substitutos uns dos outros. Uma consulta compartilhada pode melhorar a avaliação clínica, mas não resolve dificuldades de referência e contrarreferência sem articulação da rede. Da mesma forma, protocolos de encaminhamento ajudam a organizar fluxos, mas não substituem negociação com a pessoa e avaliação de

vulnerabilidades. O desafio é combinar práticas de proximidade com instrumentos gerenciais que sustentem o seguimento e o retorno da informação (Melo; Silva, 2025; Albuquerque *et al.*, 2025).

No cotidiano da APS, a priorização desses dispositivos pode ocorrer de forma gradual, conforme capacidade local e perfil das necessidades. Recomenda-se iniciar por casos de maior complexidade e por pontos críticos identificados pela equipe e pelos usuários, monitorando a execução do plano antes de ampliar procedimentos. A adoção de indicadores deve estar associada a espaços de aprendizagem, pois relações de poder e papéis rígidos podem limitar a colaboração mesmo quando existem protocolos bem desenhados (Graça *et al.*, 2024; Loch *et al.*, 2025).

4.4. Barreiras Organizacionais, Iniquidades e Sustentabilidade do Cuidado

A atuação interprofissional não ocorre em condições neutras. Instabilidade contratual, distribuição desigual de recursos, ausência de infraestrutura e elevada demanda assistencial podem restringir ações coletivas e reduzir a possibilidade de acompanhamento longitudinal. Souza *et al.* (2023), ao investigarem barreiras à educação interprofissional, identificaram aspectos sociopolíticos, institucionais e relacionais. Oliveira *et al.* (2025) ampliam esse diagnóstico ao associar dificuldades do trabalho em equipe à gestão, à definição de papéis, à infraestrutura e ao acesso aos serviços. Assim, a organização do trabalho condiciona diretamente a viabilidade da humanização.

Em territórios vulnerabilizados, situações de pobreza, racismo, deficiência, sofrimento psíquico, violência e restrições de transporte

podem intensificar obstáculos ao acesso. A integralidade exige reconhecer tais fatores sem reduzir pessoas a categorias de risco e sem impor rotinas incompatíveis com sua realidade. Equipes com atuação territorial têm melhores condições de compreender barreiras concretas, aproximar serviços de redes comunitárias e adaptar orientações. Contudo, essas respostas dependem de disponibilidade de profissionais e de articulação intersetorial; o trabalho clínico isolado não substitui políticas sociais e estruturas adequadas (Oliveira *et al.*, 2025; Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Outro limite persistente é a separação entre serviços da mesma rede. Albuquerque *et al.* (2025) identificaram problemas na circulação de informações e na integração com a atenção hospitalar, apesar dos avanços em planos de cuidado. Melo e Silva (2025) mostram que a coordenação assistencial depende do funcionamento da atenção especializada e de instrumentos de regulação. Isso revela uma contradição: cobra-se da equipe de APS a continuidade do cuidado, mas parte das decisões, vagas e registros se encontra fora de seu alcance. O enfrentamento exige governança compartilhada entre gestores e serviços.

Uma abordagem realista deve equilibrar expectativas e capacidade instalada. Reuniões para discutir casos complexos, prontuários atualizados e protocolos de retorno são indispensáveis, mas precisam de tempo protegido e apoio gerencial. A educação permanente, quando estruturada como reflexão do processo de trabalho, contribui para identificar problemas factíveis de mudança; quando utilizada apenas como treinamento adicional em agendas saturadas, tende a reproduzir sobrecarga. A literatura reforça a necessidade de associar qualificação profissional, condições de

trabalho e espaços coletivos de gestão (Silva; Lourenço; Baldissera, 2023; Loch *et al.,* 2025).

4.5. Estratégias Institucionais para Fortalecer o Cuidado Integral

A análise permite delinear prioridades que se complementam: pactuar atribuições; proteger horários para discussão de casos; assegurar comunicação com outros níveis; envolver usuários no planejamento; e monitorar a experiência de cuidado. A organização dessas práticas deve evitar a criação de atividades burocráticas sem valor clínico. A elaboração de um plano compartilhado, por exemplo, precisa indicar problemas prioritários, responsáveis, prazos, critérios de retorno e participação da pessoa atendida. Tais elementos traduzem em ações concretas os princípios discutidos por Prado *et al.* (2023), Oliveira *et al.* (2025) e Melo e Silva (2025).

A formação deve acompanhar as transformações do serviço. Martini, Souza e Manzini (2025) sugerem que mudanças curriculares na residência multiprofissional podem favorecer competências colaborativas, enquanto Lima, Soeiro e Folha (2024) identificam necessidade de aprofundamento na aprendizagem da integralidade. Na gestão cotidiana, rodas de educação permanente e análise conjunta de casos permitem revisar conflitos, reconhecer lacunas e testar melhorias. O instrumento proposto por Loch *et al.* (2025) pode colaborar na identificação de barreiras e facilitadores, desde que interpretado no contexto das equipes e acompanhado de devolutiva construtiva.

O monitoramento deve combinar indicadores de acesso e continuidade com a perspectiva das pessoas atendidas. Resultados de Borin *et al.* (2024) demonstram a utilidade da avaliação periódica

dos atributos da APS e evidenciam variações conforme a satisfação dos usuários. Para captar o componente humanizador, podem ser examinadas a compreensão das orientações, a participação nas decisões, a existência de referência assistencial e a capacidade de obter retorno após encaminhamentos. Os indicadores, contudo, não substituem espaços de escuta nem explicam, isoladamente, as causas das dificuldades identificadas.

Por fim, é necessário investir em corresponsabilização institucional. A integralidade não se sustenta apenas por empenho individual, pois envolve financiamento, articulação territorial, disponibilização de profissionais e integração entre serviços. A eMulti pode constituir uma inovação organizacional relevante, desde que não reproduza a fragmentação por especialidades; a coordenação da APS depende de pactos com unidades especializadas; e a humanização precisa alcançar tanto usuários quanto trabalhadores. A principal potencialidade multiprofissional reside na construção compartilhada de respostas, e não na justaposição de atendimentos (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Melo; Silva, 2025; Oliveira *et al.,* 2025).

4.6. Discussão Integradora: Do Princípio Normativo à Prática Assistencial

Os resultados examinados evidenciam que integralidade e humanização são conceitos diferentes, mas convergentes. A primeira amplia o escopo de necessidades e exige respostas coordenadas; a segunda orienta os modos éticos e relacionais pelos quais essas respostas são construídas. Quando existe acolhimento sem acesso, o cuidado permanece incompleto; quando existem procedimentos sem reconhecimento da autonomia, a assistência pode ser tecnicamente correta e pouco centrada na pessoa. A

atuação interprofissional é uma mediação possível entre essas dimensões porque permite conjugar conhecimentos clínicos e sociais (Prado *et al.,* 2023; Sousa *et al.*, 2023).

A evidência disponível também recomenda distinguir associação de causalidade. Graça *et al.* (2024) identificaram relações entre características profissionais e atitudes colaborativas, mas os achados não demonstram que uma intervenção educacional específica produzirá, por si, melhores desfechos. Estudos qualitativos permitem compreender relações, percepções e contextos, sem pretender representatividade estatística de todo o SUS. Ensaios teóricos e análises documentais oferecem modelos interpretativos que precisam ser testados em cenários diferentes. Assim, a síntese é fundamentada e consistente, mas não equivale a demonstração quantitativa de eficácia.

Nos territórios, a transformação depende de três níveis interligados: microrrelações do atendimento, processo de trabalho das equipes e governança da rede. No primeiro nível, destacam-se escuta, linguagem acessível e decisão compartilhada; no segundo, planejamento interprofissional, matriciamento e acompanhamento; no terceiro, oferta de serviços, regulação, informação e apoio à educação permanente. A literatura indica que ações isoladas em apenas um desses níveis produzem efeitos limitados, especialmente para pessoas com trajetórias assistenciais prolongadas (Albuquerque *et a*l., 2025; Halberstadt *et al*., 2025; Melo; Silva, 2025).

Desse modo, o desafio principal não consiste em defender abstratamente a colaboração, mas em criar mecanismos que tornem seu exercício possível e verificável. Horários protegidos para encontros, planos com responsáveis definidos, canais de informação

entre unidades e participação de usuários na avaliação devem ser acompanhados de condições materiais e gestão democrática. A agenda de pesquisa pode avançar por estudos longitudinais e avaliações de implementação das eMulti, analisando desfechos relevantes para usuários, desigualdades territoriais e sustentabilidade das equipes. Essa orientação resulta do diálogo entre evidências organizacionais, formativas e assistenciais recentes (Loch *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2025).

4.7. Equidade, Determinantes Sociais e Respostas Territoriais

A análise das publicações evidencia que o princípio da integralidade precisa ser interpretado conjuntamente com a equidade. Pessoas expostas a barreiras econômicas, territoriais, culturais ou comunicacionais podem necessitar de estratégias diferenciadas para acessar a mesma possibilidade de cuidado. O trabalho em equipe favorece o reconhecimento dessas situações quando o diagnóstico territorial dialoga com as experiências dos usuários e com as observações dos profissionais. Entretanto, a presença de vários núcleos de saber não suprime, por si, desigualdades de oferta, dificuldades de deslocamento ou descontinuidade da assistência. A efetividade da resposta depende da organização da rede e da capacidade de adaptação dos serviços (Oliveira *et al.*, 2025; Borin *et al.,* 2024).

A literatura sobre humanização indica que o encontro clínico deve proteger a dignidade de quem procura atendimento e evitar interpretações moralizantes de dificuldades terapêuticas. Demandas reiteradas, ausências em consultas ou baixa adesão aparente podem estar associadas a vulnerabilidades e obstáculos reais, não necessariamente à recusa do tratamento. Investigações com

pessoas acometidas por tuberculose e com profissionais da atenção psicossocial reforçam a importância de considerar vínculos, singularidades e condições de vida na relação terapêutica. Consequentemente, o plano assistencial deve combinar necessidades clínicas com possibilidades de acompanhamento que façam sentido no cotidiano das pessoas (Pacheco *et al.*, 2026; Sousa *et al.,* 2023).

A atuação multiprofissional pode contribuir para a acessibilidade ao articular comunicação adaptada, orientação social e cuidados clínicos, especialmente quando pessoas idosas, pessoas com deficiência ou usuários com baixa familiaridade digital enfrentam dificuldades na navegação pelos serviços. Não se trata de presumir necessidades uniformes para esses grupos, mas de identificar barreiras específicas e pactuar ajustes proporcionais. A experiência do usuário precisa orientar a revisão de procedimentos de acolhimento, agendamento e encaminhamento. Como a participação nem sempre está consolidada no planejamento das equipes, a criação de espaços reais de escuta representa uma prioridade organizacional (Prado *et al.*, 2023; Borin *et al.*, 2024).

Essa discussão aponta que equidade e humanização exigem responsabilidade tanto da equipe quanto da gestão. Mapear usuários com trajetórias interrompidas, rever exigências administrativas desnecessárias e articular recursos comunitários são possibilidades de intervenção, mas dependem de capacidade assistencial e de articulação intersetorial. A contribuição da eMulti pode ser especialmente relevante na avaliação compartilhada de demandas complexas, desde que exista continuidade com a equipe de referência. Portanto, a diversificação profissional deve estar associada a fluxos efetivos de cuidado e à distribuição sensível de

recursos, evitando transformar a integralidade em promessa sem condições operacionais (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Melo; Silva, 2025).

4.8. Condições Crônicas, Longitudinalidade e Transições do Cuidado

O acompanhamento de condições crônicas demonstra com particular clareza os limites de uma assistência organizada por episódios isolados. A evolução clínica frequentemente exige reavaliação terapêutica, orientação sobre medicamentos, identificação de sofrimento emocional e articulação com apoio familiar ou comunitário. A coordenação torna-se efetiva quando há profissional ou equipe de referência, registro longitudinal das decisões e responsabilização pelo seguimento após encaminhamentos. A descrição interpretativa apresentada por Halberstadt *et al.* (2025) permite compreender a coordenação como trabalho relacional e organizacional, enquanto Melo e Silva (2025) situam esse desafio no funcionamento dos diferentes pontos da rede de atenção.

As transições entre atenção primária, serviços especializados e hospitais concentram riscos organizacionais quando informações clínicas, condutas e responsabilidades deixam de circular adequadamente. Uma alta ou uma consulta especializada não encerra, por si, a necessidade de monitoramento da pessoa atendida. Para reduzir rupturas, a equipe pode pactuar elementos essenciais para o retorno: diagnóstico ou hipótese em acompanhamento, intervenções realizadas, alterações terapêuticas, sinais de alerta e data prevista de revisão. Estudos sobre integração entre níveis mostram que a existência de estratégias educativas não

elimina automaticamente obstáculos estruturais à comunicação, tornando indispensável o compromisso gerencial com a continuidade assistencial (Albuquerque *et al.,* 2025; Melo; Silva, 2025).

Nas discussões interprofissionais de casos, convém distinguir decisões próprias de cada categoria das escolhas que exigem avaliação compartilhada. Situações com múltiplas condições de saúde podem requerer, conforme avaliação clínica e disponibilidade local, integração entre medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social e outros núcleos profissionais. O ganho potencial está na coerência das orientações e na prevenção de encaminhamentos desconectados, e não simplesmente na multiplicação de atendimentos. O apoio matricial e o projeto terapêutico singular podem organizar esse diálogo, preservando a responsabilidade longitudinal da equipe de referência pela trajetória do usuário (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Oliveira *et al*., 2025).

É necessário, contudo, evitar inferências excessivas: os trabalhos examinados oferecem fundamentos para aperfeiçoar a coordenação, mas não autorizam afirmar que toda intervenção multiprofissional reduz internações, agravos ou custos. A avaliação de resultados deve considerar diferenças entre territórios, disponibilidade da rede, perfis de usuários e duração do acompanhamento. Indicadores como retorno após encaminhamento, existência de plano compartilhado e entendimento das orientações podem ser úteis para monitorar processos, sem equivaler diretamente a efeitos clínicos. Estudos longitudinais e avaliações de implementação são necessários para determinar quais arranjos produzem benefícios sustentados em condições reais de assistência (Halberstadt *et al*., 2025; Loch *et al.,* 2025).

4.9. Protagonismo dos Usuários e Decisões Terapêuticas Compartilhadas

A centralidade da pessoa não pode ser confundida com a transferência integral da responsabilidade pelo tratamento para o próprio usuário. O cuidado compartilhado pressupõe que profissionais expliquem opções, reconheçam incertezas, apresentem benefícios e limites das condutas e negociem prioridades com quem recebe a assistência. No estudo de Prado *et al.* (2023), a participação do usuário apareceu como dimensão frágil das competências colaborativas, indicando que o discurso favorável à autonomia nem sempre modifica as decisões concretas. Essa tensão exige mudança de postura e instrumentos organizacionais para que as preferências individuais influenciem efetivamente o plano de cuidado.

A elaboração de projetos terapêuticos singulares representa uma possibilidade de tornar a participação verificável. Em vez de registrar apenas procedimentos e encaminhamentos, o plano pode explicitar a necessidade prioritária reconhecida pelo usuário, os objetivos construídos com a equipe, os responsáveis pelas ações e o momento previsto de reavaliação. Quando houver divergências sobre uma proposta terapêutica, o diálogo deve buscar compreender valores, receios e barreiras práticas, preservando a autonomia e a segurança assistencial. A literatura sobre cuidado centrado na pessoa oferece fundamentos para essa negociação, mas também demonstra que a relação terapêutica permanece atravessada por limitações institucionais (Sousa *et al.*, 2023; Prado *et al.*, 2023).

A comunicação humanizada também se expressa na maneira como os serviços respondem a sofrimento, estigma e desconfiança.

Linguagem excessivamente técnica, repreensões diante de dificuldades terapêuticas e decisões unilaterais podem fragilizar vínculos necessários para acompanhamentos prolongados. Estudos sobre representações sociais da humanização em pessoas com tuberculose ressaltam a relevância da experiência de acolhimento, enquanto pesquisas na atenção psicossocial assinalam desafios para a construção de relações terapêuticas sensíveis à singularidade. A interpretação conjunta desses achados sugere que o vínculo deve ser tratado como componente estruturante da qualidade, articulado à oferta efetiva dos recursos assistenciais (Pacheco *et al.*, 2026; Sousa *et al.*, 2023).

Além de participar de decisões individuais, os usuários podem contribuir para avaliar o funcionamento coletivo dos serviços. Relatos sobre dificuldade de agendamento, falta de retorno ou orientações contraditórias permitem identificar problemas que indicadores exclusivamente administrativos não captam. A escuta deve ser acompanhada de devolutiva e possibilidade de revisão das rotinas, pois consultas de opinião sem consequência prática tendem a produzir frustração. A avaliação dos atributos da ESF e o debate sobre comunicação interprofissional mostram a importância de incorporar sistematicamente essa perspectiva à melhoria do acesso, do vínculo e da continuidade (Borin *et al.*, 2024; Prado *et al.,* 2023).

4.10. Avaliação, Gestão e Indicadores para Qualificar a Prática

A análise sugere que a avaliação do cuidado integral deve contemplar simultaneamente estrutura, processo de trabalho e experiência assistencial. Informações sobre quantidade de atendimentos e procedimentos são importantes para a gestão, mas insuficientes para demonstrar coordenação, corresponsabilidade ou

respeito à autonomia. O instrumento validado por Loch *et al.* (2025) oferece uma possibilidade de reconhecimento de barreiras e facilitadores da colaboração, enquanto Borin *et al.* (2024) mostram a pertinência de conhecer atributos assistenciais pela perspectiva de usuários da ESF. O uso combinado dessas abordagens pode subsidiar diagnósticos locais e decisões gerenciais mais contextualizadas.

Com finalidade propositiva, o Quadro 3 organiza dimensões que podem orientar o monitoramento de serviços e equipes. Os exemplos não são resultados quantitativos produzidos nesta revisão, tampouco constituem um protocolo validado: apresentam possibilidades de operacionalização fundamentadas na leitura crítica dos estudos. Sua escolha deve considerar capacidade de registro, características do território e participação dos trabalhadores e usuários. Para manter pertinência clínica, recomenda-se selecionar poucos indicadores inicialmente, esclarecer responsabilidades pelo registro e verificar a utilidade das informações para resolver problemas concretos, sem criar rotinas de documentação desproporcionais (Loch *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2025).

Quadro 3. Dimensões de monitoramento do cuidado integral e humanizado no SUS

Dimensão	Indicador proposto para acompanhamento local	Interpretação e precauções
Acesso e acolhimento	Tempo até primeiro contato e registro de demandas prioritárias	Interpretar conforme vulnerabilidade, agenda e capacidade de oferta.
Continuidade em rede	Retornos documentados após encaminhamentos prioritários	Verificar oferta externa, qualidade da resposta e seguimento efetivo.

Colaboração profissional	Discussões de caso com decisão e responsável registrados	Não confundir frequência de reuniões com qualidade colaborativa.
Participação do usuário	Registro de metas negociadas e compreensão das orientações	Complementar com escuta e avaliação da experiência do usuário.
Equidade e melhoria	Análise de trajetórias interrompidas e ações corretivas pactuadas	Desagregar quando cabível e evitar classificações estigmatizantes.
Educação permanente e avaliação	Revisão coletiva de dificuldades, escuta de usuários e monitoramento de atributos.	Aprimoramento continuado; evitar avaliações punitivas ou exclusivamente numéricas.

Fonte: elaboração própria, a partir de síntese interpretativa de Borin *et al.* (2024), Loch *et al.* (2025), Prado *et al.* (2023), Albuquerque *et al.* (2025) e Oliveira *et al.* (2025). Indicadores propositivos, não validados neste estudo.

A matriz deve ser interpretada de maneira contextual. Percentuais de encaminhamentos respondidos, por exemplo, podem variar em função da oferta especializada e de decisões externas à unidade; resultados insatisfatórios não podem ser atribuídos automaticamente à equipe de APS. Do mesmo modo, a presença de reuniões registradas não comprova qualidade de diálogo ou participação dos usuários. Para cada medida, importa combinar dados quantitativos, narrativas dos profissionais e experiência das pessoas atendidas, favorecendo análises de causas e propostas de melhoria. Essa precaução é compatível com os limites de inferência

encontrados na literatura sobre coordenação e colaboração (Albuquerque *et al.*, 2025; Loch *et al.*, 2025).

A gestão pode estruturar ciclos breves de melhoria, iniciados pela identificação coletiva de uma dificuldade prioritária e seguidos por definição de ação, acompanhamento e reavaliação. A educação permanente possibilita transformar problemas recorrentes em oportunidades de aprendizagem, desde que exista tempo protegido para a reflexão e apoio institucional às mudanças pactuadas. Em vez de responsabilizar individualmente trabalhadores por falhas sistêmicas, torna-se necessário examinar fluxos, recursos, relações de poder e formas de participação. Esse modelo de gestão reforça a interdependência entre colaboração profissional, humanização e continuidade assistencial, mantendo prudência quanto ao impacto das intervenções (Silva; Lourenço; Baldissera, 2023; Oliveira *et al.*, 2025).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu compreender que o cuidado integral e a humanização constituem exigências complementares da qualidade assistencial no SUS. Seu alcance depende de compreender necessidades para além dos diagnósticos, reconhecer singularidades e assegurar respostas coordenadas ao longo do percurso terapêutico. O objetivo proposto foi atingido mediante identificação de contribuições da atuação multiprofissional, especialmente na ampliação de saberes, no acolhimento, no vínculo e no acompanhamento de situações complexas.

Do ponto de vista conceitual, o estudo reforça que a multiprofissionalidade só se converte em colaboração efetiva

quando existe definição de responsabilidades, diálogo entre saberes e participação das pessoas atendidas. A qualidade do cuidado não decorre automaticamente da quantidade de profissionais ou de procedimentos disponíveis. Ela se constitui na capacidade de produzir decisões coerentes, identificar barreiras concretas e acompanhar os resultados de modo longitudinal. Essa compreensão contribui para qualificar tanto a formação quanto a organização dos serviços de saúde.

As principais barreiras incluem fragmentação dos processos assistenciais, hierarquias entre categorias, fragilidades de comunicação, sobrecarga e dificuldades de acesso à atenção especializada. Esses entraves não se resolvem exclusivamente pela sensibilidade individual dos trabalhadores: exigem organização institucional, financiamento, condições adequadas de trabalho e articulação entre os serviços da rede. O fortalecimento das equipes precisa superar a lógica de atendimentos paralelos e consolidar responsabilidade compartilhada pelos resultados do cuidado.

A análise também demonstra que a equidade deve orientar o planejamento assistencial desde o acolhimento até a conclusão dos encaminhamentos. Usuários com dificuldades socioeconômicas, limitações de acessibilidade ou condições crônicas complexas demandam respostas ajustadas às suas necessidades, sem generalizações ou práticas discriminatórias. O reconhecimento das singularidades precisa estar associado à oferta real de cuidado, à coordenação entre pontos de atenção e ao compromisso institucional com a redução de barreiras. Desse modo, a humanização torna-se inseparável da capacidade concreta do SUS de assegurar continuidade assistencial.

Entre as estratégias prioritárias destacam-se educação permanente interprofissional, apoio matricial, reuniões para discussão de casos, projetos terapêuticos singulares, escuta sistemática dos usuários e protocolos de referência e retorno. A implementação dessas práticas deve respeitar as particularidades dos territórios e combinar indicadores de acesso e continuidade com avaliações sobre participação, compreensão das orientações e qualidade das relações. A atuação multiprofissional mostra maior potencial quando preserva competências específicas e cria objetivos efetivamente comuns.

Como contribuição prática, propõe-se que serviços e gestores instituam mecanismos simples de avaliação contínua, articulando indicadores de acesso, seguimento, colaboração e participação dos usuários à análise qualitativa dos processos de trabalho. A utilização desses instrumentos deve ter finalidade formativa, e não punitiva, com devolutiva às equipes e possibilidade efetiva de rever rotinas. Tais iniciativas são mais consistentes quando acompanhadas de valorização profissional, condições adequadas de atuação, educação permanente e participação social. A consolidação do cuidado compartilhado depende de decisão política e sustentação organizacional, além do compromisso ético dos profissionais.

A natureza narrativa da revisão e a heterogeneidade dos estudos impedem estimar impacto causal das estratégias examinadas, constituindo limites relevantes para a interpretação. Recomenda-se ampliar pesquisas avaliativas em diferentes regiões, com atenção às eMulti, à experiência dos usuários, à equidade e à continuidade em rede. Conclui-se que humanizar e integralizar o cuidado são responsabilidades coletivas, técnicas, éticas e políticas, cuja

concretização demanda compromisso compartilhado entre profissionais, gestores e população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Ana Coelho de et al. Influência de uma estratégia educacional na coordenação entre níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 23, e03363305, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3363.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00120123, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123.

BORIN, Emanoeli Rostirola et al. Avaliação dos atributos essenciais na Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários e usuárias. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 29, e91791, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.91791.

GRAÇA, Ilana Barros Moraes da et al. Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241438843P.

HALBERSTADT, Bruna Marta Kleinert et al. Coordenação do cuidado de usuários com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: descrição interpretativa. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 34, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0258pt.

LIMA, João Paulo Menezes; SOEIRO, Ana Cristina Vidigal; FOLHA, Debora Ribeiro da Silva Campos. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 22, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2679.

LOCH, Mathias Roberto et al. Validação de um instrumento para avaliar Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820251459602P.

MARTINI, Débora; SOUZA, Thaís Titon de; MANZINI, Fernanda. Fortalecimento da interprofissionalidade: uma nova proposta pedagógica para a Residência Multiprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 23, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3367.

MELO, Eduardo Alves; SILVA, André Schimidt da. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e16232025, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.16232025.

OLIVEIRA, Sonia Acioli de et al. Conquistas e desafios do trabalho em equipe nos 30 anos da Estratégia Saúde da Família: ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e06822025, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.06822025.

PACHECO, Mayara Del Aguilal et al. Humanização da assistência na Atenção Primária à Saúde: representações sociais de pessoas com tuberculose pulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,**

São Paulo, v. 60, e20250008, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0008pt.

PRADO, Crislaine Loqueti Santos Rainho et al. Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 32, supl. 2, e220823pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220823pt.

SILVA, Poliana Avila; LOURENÇO, Mariana Pissioli; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação permanente em Saúde: Design Thinking para planejamento e construção de diretrizes. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 27, e20220397, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0397pt.

SOUSA, Johnatan Martins et al. Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: desafios para a relação terapêutica na perspectiva de profissionais. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 27, e20230007, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0007pt.

SOUZA, Rachel Brinco de et al. Barreiras à implementação da educação interprofissional: uma análise do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 32, supl. 2, e230216pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230216pt.

SPAGNOL, Carla Aparecida et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E616.

[1] Instituto Federal de Alagoas – Maceió – AL – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-1211-0227. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Instituto Federal de Alagoas – Maceió – AL – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-8301-0750. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Universidade Federal de Alagoas – Maceió – AL – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4196-2345. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Instituto Federal do Piauí – Teresina – PI – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-5824-4246. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Instituto Federal do Piauí – Teresina – PI – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9152-949X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Universidade Federal de Alagoas – Maceió – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8788-3974. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Universidad Tecnológica Intercontinental – Assunção/PY. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-9566-2362. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Instituto Federal de Rondônia – Porto Velho – RO – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-8180-8258. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Instituto Federal do Maranhão – São Luís – MA – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4519-921X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[10] Centro Universitário Franciscano - Santa Maria, RS - Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-8609-9112. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[11] Instituto Federal de Alagoas – Maceió – AL – Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3043-3598. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail