ReGeo ISSN: 2177-3246

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA ADULTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A INTEGRALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

PERSON-CENTERED CARE FOR ADULTS IN THE HEALTH CARE NETWORK: PERSPECTIVES FOR INTEGRALITY AND CONTINUITY OF CARE

CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD: PERSPECTIVAS PARA LA INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO

https://doi.org/10.56238/revgeov17n6-129

Data de submissão: 11/05/2026 **Data de publicação:** 25/06/2026

Herica Francine Pinto Meneses
Graduada em Medicina e Residência em Medicina de Família e Comunidade
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros
E-mail: hericafrancine@gmail.com

Sofia Ferreira Machado
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
E-mail: machadoferreirasofia@gmail.com

Érick Alessandro de Souza Rocha
Mestrando em Saúde Pública
Instituição: Universidade de São Paulo
E-mail: erick.alessandro@usp.br

Beatriz Vianna Cesar Oliveira
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade de Mogi das Cruzes
E-mail: beatrizvianna0777@gmail.com

Guilherme Gonçalves da Silva
Mestrando em Cuidado Primário em Saúde, Especialista em Saúde da Família e Cirurgião-Dentista
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes
E-mail: guilherme.goncalves91@gmail.com

Guilherme Souza de Almeida
Graduando em Medicina
Instituição: Faculdade Metropolitana de Manaus
E-mail: guilhermealmeida1267@outlook.com

Renata Gomes Barreto
Mestre em Gerontologia
Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: renatagomesto@gmail.com

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Albertino Kennedy Nazário da Silva
Bacharel em Psicologia e Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho
Instituição: Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte
E-mail: albertinokennedy@gmail.com

Marcelo Augusto de Araújo Faustino
Graduando em Fisioterapia
Instituição: Universidade Potiguar (UNP)
E-mail: marceloaugustof123@gmail.com

Denise Gonçalves Moura Pinheiro
Fisioterapeuta e Doutora em Saúde Coletiva
Instituição: Universidade de São Paulo (USP)
E-mail: dgmpinheiro@gmail.com

RESUMO
O cuidado centrado na pessoa adulta tem sido discutido como uma estratégia essencial para qualificar a assistência em saúde, especialmente diante do aumento das doenças crônicas, da multimorbidade, da fragmentação dos serviços e da necessidade de acompanhamento contínuo dos usuários nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Esse modelo propõe a superação de práticas centradas exclusivamente na doença, valorizando a escuta qualificada, a participação do usuário, a decisão compartilhada, o autocuidado apoiado, a continuidade assistencial e a coordenação entre profissionais e serviços. Considerando esse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas recentes sobre os efeitos, limitações e possibilidades do cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, realizada a partir de estudos publicados entre 2022 e 2025. Foram considerados estudos disponíveis em texto completo, voltados à população adulta e relacionados ao cuidado centrado na pessoa, coordenação do cuidado, continuidade assistencial, autocuidado apoiado e modelos multiprofissionais de atenção. Após o processo de seleção, nove estudos compuseram a amostra final da revisão. Os resultados indicaram que as intervenções centradas na pessoa apresentam maior consistência quando associadas à educação em saúde, ao autocuidado apoiado, ao vínculo longitudinal, à atuação multiprofissional e à integração entre serviços. Entretanto, os efeitos sobre hospitalizações, custos e utilização de serviços de emergência mostraram-se variáveis, especialmente em populações de maior complexidade clínica e social. Conclui-se que o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta potencial para qualificar a assistência, desde que seja implementado de forma estruturada, contínua e articulada à Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Cuidado Centrado na Pessoa. Rede de Atenção à Saúde. Revisão Sistemática. Autocuidado. Continuidade do Cuidado.

ABSTRACT
Person-centered care for adults has been discussed as an essential strategy to qualify health care, especially in view of the increase in chronic diseases, multimorbidity, fragmentation of services, and the need for continuous follow-up of users at different points of the Health Care Network. This model proposes overcoming practices focused exclusively on disease, valuing qualified listening, user participation, shared decision-making, supported self-care, continuity of care, and coordination among professionals and services. Considering this context, the present study aimed to analyze recent scientific evidence on the effects, limitations, and possibilities of person-centered care for adults in the Health Care Network. This is a systematic literature review, with a qualitative, descriptive, and

analytical approach, carried out based on studies published between 2022 and 2025. Studies available in full text, focused on the adult population and related to person-centered care, care coordination, continuity of care, supported self-care, and multiprofessional care models were considered. After the selection process, nine studies composed the final sample of the review. The results indicated that person-centered interventions show greater consistency when associated with health education, supported self-care, longitudinal bonding, multiprofessional action, and integration among services. However, the effects on hospitalizations, costs, and use of emergency services proved to be variable, especially in populations with greater clinical and social complexity. It is concluded that person-centered care for adults has the potential to qualify care, provided it is implemented in a structured, continuous, and articulated manner within the Health Care Network.

Keywords: Person-centered Care. Health Care Network. Systematic Review. Self-care. Continuity of Care.

RESUMEN

El cuidado centrado en la persona adulta ha sido discutido como una estrategia esencial para cualificar la asistencia en salud, especialmente ante el aumento de las enfermedades crónicas, de la multimorbilidad, de la fragmentación de los servicios y de la necesidad de seguimiento continuo de los usuarios en los diferentes puntos de la Red de Atención a la Salud. Este modelo propone la superación de prácticas centradas exclusivamente en la enfermedad, valorando la escucha cualificada, la participación del usuario, la decisión compartida, el autocuidado apoyado, la continuidad asistencial y la coordinación entre profesionales y servicios. Considerando este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las evidencias científicas recientes sobre los efectos, limitaciones y posibilidades del cuidado centrado en la persona adulta en la Red de Atención a la Salud. Se trata de una revisión sistemática de la literatura, de enfoque cualitativo, descriptivo y analítico, realizada a partir de estudios publicados entre 2022 y 2025. Se consideraron estudios disponibles en texto completo, dirigidos a la población adulta y relacionados con el cuidado centrado en la persona, coordinación del cuidado, continuidad asistencial, autocuidado apoyado y modelos multiprofesionales de atención. Después del proceso de selección, nueve estudios compusieron la muestra final de la revisión. Los resultados indicaron que las intervenciones centradas en la persona presentan mayor consistencia cuando están asociadas a la educación en salud, al autocuidado apoyado, al vínculo longitudinal, a la actuación multiprofesional y a la integración entre servicios. Sin embargo, los efectos sobre hospitalizaciones, costos y utilización de servicios de emergencia se mostraron variables, especialmente en poblaciones de mayor complejidad clínica y social. Se concluye que el cuidado centrado en la persona adulta presenta potencial para cualificar la asistencia, siempre que sea implementado de forma estructurada, continua y articulada a la Red de Atención a la Salud.

Palabras clave: Cuidado Centrado en la Persona. Red de Atención a la Salud. Revisión Sistemática. Autocuidado. Continuidad del Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde tem passado por transformações importantes diante do aumento das doenças crônicas, da multimorbidade, do envelhecimento populacional e da necessidade de acompanhamento contínuo dos usuários nos diferentes pontos da rede assistencial. Nesse cenário, torna-se insuficiente um modelo de atenção centrado apenas na doença, no procedimento ou no atendimento pontual, pois grande parte das demandas apresentadas pela população adulta exige continuidade, vínculo, coordenação entre serviços e participação ativa da pessoa no processo terapêutico (Starfield, 1998; Mendes, 2011).

O cuidado centrado na pessoa surge como uma abordagem que busca reconhecer o usuário em sua integralidade, considerando não apenas sua condição clínica, mas também sua história, seus valores, suas preferências, sua realidade social, suas relações familiares e sua capacidade de participar das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Para Mead e Bower (2000), a centralidade da pessoa envolve uma perspectiva biopsicossocial, a valorização do sujeito para além do diagnóstico, o compartilhamento de responsabilidades e a construção de uma relação terapêutica baseada em escuta e vínculo.

No contexto da Rede de Atenção à Saúde, o cuidado centrado na pessoa adulta torna-se ainda mais relevante, pois muitos usuários transitam entre atenção primária, atenção especializada, serviços de apoio diagnóstico, reabilitação, urgência e cuidado de longo prazo. A Portaria número 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece que a Rede de Atenção à Saúde deve ser organizada de modo integrado, contínuo e coordenado, buscando superar a fragmentação da assistência no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010).

A atenção primária possui papel estratégico nesse processo por atuar como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Quando fortalecida, ela favorece a longitudinalidade, a integralidade e a articulação entre diferentes pontos da rede, contribuindo para que o usuário não seja atendido de forma isolada em cada serviço (Starfield, 1998). Nesse sentido, Mendes (2011) destaca que os sistemas de saúde precisam se reorganizar para responder às condições crônicas de forma contínua, uma vez que modelos fragmentados, episódicos e voltados predominantemente a condições agudas não são suficientes para acompanhar as necessidades atuais da população adulta.

A continuidade do cuidado é outro elemento essencial para a efetivação desse modelo. Haggerty *et al.* (2003) explicam que a continuidade envolve dimensões informacional, gerencial e relacional, pois depende do uso adequado das informações clínicas, da coerência entre as condutas propostas e da construção de vínculo entre usuários e profissionais ao longo do tempo. Quando essas dimensões não

são garantidas, podem ocorrer perda de informações, repetição de exames, encaminhamentos pouco resolutivos, orientações contraditórias e maior dificuldade de adesão ao tratamento.

Apesar de sua relevância, a implementação do cuidado centrado na pessoa ainda enfrenta desafios importantes, como a fragmentação dos serviços, a sobrecarga das equipes, o tempo reduzido das consultas, a dificuldade de comunicação entre níveis de atenção, a permanência de práticas centradas no modelo biomédico e a ausência de instrumentos padronizados para avaliar experiência do paciente, vínculo e participação no cuidado. Ekman *et al.* (2011) ressaltam que a centralidade da pessoa precisa ser incorporada à rotina institucional dos serviços, para que não dependa apenas da sensibilidade ou iniciativa individual dos profissionais.

Diante disso, torna-se necessário analisar as evidências científicas recentes sobre os efeitos, limitações e possibilidades do cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde. A pergunta norteadora deste estudo é: quais são as evidências científicas recentes sobre os efeitos, limitações e possibilidades do cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde? Parte-se do entendimento de que a análise sistematizada da literatura pode contribuir para identificar quais intervenções apresentam maior efetividade, quais desfechos são mais frequentemente avaliados, quais limitações metodológicas permanecem e de que forma esse modelo pode qualificar a assistência à população adulta.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar o cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde, considerando seus efeitos sobre desfechos clínicos, qualidade de vida, autocuidado, continuidade assistencial, coordenação do cuidado, utilização dos serviços de saúde e limitações metodológicas dos estudos disponíveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

O cuidado centrado na pessoa corresponde a uma abordagem assistencial que ultrapassa a compreensão do usuário apenas como portador de uma doença, considerando sua história, seus valores, suas preferências, sua autonomia, suas relações familiares e seu contexto social. Nessa perspectiva, o cuidado deixa de ser organizado somente a partir do diagnóstico e passa a considerar a pessoa em sua integralidade, reconhecendo que a experiência do adoecimento envolve dimensões biológicas, emocionais, culturais e sociais (Mead; Bower, 2000).

Mead e Bower (2000) explicam que a centralidade do cuidado envolve dimensões como a abordagem biopsicossocial, a valorização da pessoa para além da condição clínica, o compartilhamento de poder entre profissional e paciente, a construção de vínculo terapêutico e o reconhecimento da

subjetividade presente na relação assistencial. Desse modo, o cuidado centrado na pessoa não se limita à cordialidade no atendimento, pois exige uma mudança na forma como o profissional compreende o usuário, escuta suas demandas e constrói o plano de cuidado.

Nessa mesma direção, Ekman *et al.* (2011) defendem que o cuidado centrado na pessoa precisa ser incorporado de maneira sistemática aos serviços de saúde, evitando que dependa apenas da sensibilidade individual dos profissionais. Para os autores, essa abordagem exige práticas organizadas, como escuta ativa, registro da narrativa do paciente, construção compartilhada do plano terapêutico e acompanhamento contínuo, de modo que a pessoa participe das decisões relacionadas ao próprio cuidado.

A decisão compartilhada também constitui elemento essencial do cuidado centrado na pessoa, pois permite que profissional e usuário discutam possibilidades terapêuticas, riscos, benefícios e preferências antes da definição das condutas. Coulter e Collins (2011) destacam que nenhuma decisão sobre o cuidado deve ser tomada sem a participação da pessoa envolvida, uma vez que a adesão ao tratamento depende da compreensão, da negociação e da compatibilidade das orientações com a realidade do usuário.

2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, INTEGRALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

No contexto brasileiro, o cuidado centrado na pessoa adulta precisa ser compreendido em articulação com a Rede de Atenção à Saúde, pois a integralidade do cuidado depende da conexão entre diferentes serviços, níveis assistenciais e profissionais. A Portaria número 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, destacando a necessidade de superar a fragmentação da assistência e garantir atenção contínua, integrada e resolutiva (Brasil, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde torna-se especialmente importante no cuidado à pessoa adulta porque muitos usuários apresentam doenças crônicas, multimorbidade, necessidade de acompanhamento prolongado e circulação frequente entre atenção primária, atenção especializada, serviços de apoio diagnóstico, urgência, reabilitação e cuidado de longo prazo. Mendes (2011) afirma que os sistemas de saúde precisam superar o modelo fragmentado e episódico, tradicionalmente voltado às condições agudas, para organizar redes capazes de acompanhar os usuários de forma contínua e coordenada (Mendes, 2011).

A atenção primária ocupa lugar central nesse processo, pois atua como ponto preferencial de entrada, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. Starfield (1998) destaca que a atenção primária se estrutura a partir de atributos como acesso de primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação, sendo esses elementos fundamentais para que o usuário seja acompanhado ao longo do tempo e não apenas atendido em episódios isolados de adoecimento (Starfield, 1998).

A continuidade do cuidado também é indispensável para que a centralidade da pessoa se concretize na prática assistencial. Haggerty *et al.* (2003) explicam que a continuidade envolve dimensões informacional, gerencial e relacional, pois depende do uso adequado das informações sobre o paciente, da coerência entre as condutas propostas e da construção de vínculo entre usuário e equipe ao longo do tempo.

Dessa forma, o cuidado centrado na pessoa adulta não pode ser reduzido à consulta individual, pois depende da capacidade da rede de manter comunicação entre profissionais, referência e contrarreferência, acompanhamento contínuo e responsabilização compartilhada. A fragmentação assistencial compromete a experiência do usuário e pode gerar repetição de exames, perda de informações, condutas contraditórias e dificuldade de adesão, enquanto a organização em rede favorece integralidade, coordenação e continuidade do cuidado (Brasil, 2010; Haggerty *et al.*, 2003; Mendes, 2011).

2.3 AUTOCUIDADO APOIADO, PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

O autocuidado apoiado é uma dimensão essencial do cuidado centrado na pessoa adulta, principalmente no acompanhamento de doenças crônicas. Diferentemente de uma lógica que responsabiliza o paciente de forma isolada, o autocuidado apoiado pressupõe orientação, escuta, pactuação de metas, acompanhamento profissional e adaptação das recomendações à vida cotidiana do usuário, reconhecendo que a adesão terapêutica depende de fatores sociais, econômicos, emocionais e familiares (Wagner *et al.*, 2001).

Wagner *et al.* (2001) defendem que o cuidado às condições crônicas precisa ser reorganizado por meio de equipes preparadas, usuários informados e ativos, apoio à decisão clínica, sistemas de informação e integração entre serviços. Essa proposta indica que a participação do paciente não ocorre de maneira espontânea ou isolada, mas depende de suporte institucional, comunicação qualificada e construção de estratégias possíveis dentro da realidade de cada pessoa.

A Organização Mundial da Saúde também reforça a necessidade de serviços integrados e centrados nas pessoas, orientados pelas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. Essa perspectiva amplia o cuidado centrado na pessoa para além da relação profissional-paciente, pois envolve a forma como os sistemas de saúde são organizados, financiados, monitorados e avaliados,

buscando superar a fragmentação e ampliar a resolutividade da assistência (World Health Organization, 2016).

Apesar de sua relevância, a implementação do cuidado centrado na pessoa enfrenta desafios importantes, como sobrecarga das equipes, tempo reduzido de consulta, comunicação insuficiente entre serviços, sistemas de informação fragmentados, dificuldade de trabalho interprofissional e permanência de práticas centradas no modelo biomédico. Por isso, Ekman *et al.* (2011) destacam que a centralidade da pessoa precisa ser protegida por rotinas institucionais, registros adequados e planos compartilhados, para que não dependa apenas da disposição individual dos profissionais.

Portanto, o cuidado centrado na pessoa adulta deve ser compreendido como uma proposta clínica, ética e organizacional, pois envolve escuta qualificada, vínculo, decisão compartilhada, autocuidado apoiado, continuidade assistencial e integração entre serviços. Quando articulado à Rede de Atenção à Saúde, esse modelo contribui para uma assistência mais integral, participativa e coerente com as necessidades reais dos usuários adultos, especialmente daqueles que vivem com condições crônicas ou múltiplas demandas de cuidado (Brasil, 2010; Coulter; Collins, 2011; Mendes, 2011; World Health Organization, 2016).

3 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, desenvolvida com o objetivo de reunir, organizar e discutir evidências científicas recentes sobre o cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde. A revisão sistemática foi escolhida por possibilitar a análise criteriosa de estudos já publicados, permitindo identificar os principais efeitos, limitações, convergências, divergências e lacunas relacionadas ao tema.

Nesta revisão, foram considerados estudos publicados entre os anos de 2022 e 2025, por se tratar de um recorte recente e adequado para a análise das evidências atuais sobre cuidado centrado na pessoa adulta, coordenação do cuidado, continuidade assistencial, autocuidado apoiado, atenção primária, multimorbidade e modelos assistenciais voltados a adultos com necessidades complexas de saúde.

A questão norteadora que orientou esta revisão foi: Quais são as evidências científicas recentes sobre os efeitos, limitações e possibilidades do cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde?

A partir dessa questão principal, buscou-se responder também quais desfechos clínicos e assistenciais estão associados ao cuidado centrado na pessoa adulta, quais intervenções apresentam

resultados mais consistentes, em quais contextos os resultados são mais limitados ou inconclusivos, quais limitações metodológicas aparecem nos estudos analisados e de que forma os achados se relacionam com a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Para orientar a construção da pergunta de pesquisa e dos critérios de seleção dos estudos, foi utilizada a estratégia PICO, composta por população, intervenção, comparação e desfechos.

A população foi composta por pessoas adultas, incluindo adultos com doenças crônicas, multimorbidade, condições físicas graves, idosos e usuários com alta necessidade de cuidado. A intervenção correspondeu ao cuidado centrado na pessoa, ao cuidado centrado no paciente, ao autocuidado apoiado, à coordenação do cuidado, à continuidade assistencial, aos modelos centrados no paciente e à atuação multiprofissional. A comparação envolveu o cuidado usual, modelos tradicionais de assistência, ausência de intervenção estruturada ou comparação entre diferentes modelos de cuidado. Os desfechos considerados foram controle clínico, qualidade de vida, adesão terapêutica, autocuidado, autoeficácia, hospitalizações, visitas a serviços de emergência, custos em saúde, continuidade do cuidado, experiência do paciente e coordenação assistencial.

Com base nessa estrutura, a revisão buscou compreender não apenas se o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta resultados positivos, mas também em quais condições esses resultados são mais evidentes, quais componentes parecem mais efetivos e quais fatores limitam sua implementação na rede assistencial.

A busca bibliográfica foi planejada para contemplar bases de dados nacionais e internacionais da área da saúde, com foco em publicações sobre cuidado centrado na pessoa, doenças crônicas, coordenação assistencial, atenção primária, continuidade do cuidado, cuidado de longo prazo e multimorbidade.

Foram consideradas as bases e fontes científicas PubMed, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Library, Embase, Scopus, British Medical Journal Open, Frontiers in Public Health, Journal of General Internal Medicine, Health Policy and Planning, Journal of the American Medical Association Network Open, Public Library of Science One e Circulation. Também foram considerados estudos identificados nas referências dos artigos selecionados, desde que apresentassem relação direta com a pergunta norteadora da revisão.

A escolha dessas bases ocorreu por reunirem estudos nacionais e internacionais relevantes nas áreas de saúde coletiva, atenção primária, medicina, enfermagem, gestão do cuidado, doenças crônicas, saúde cardiovascular, diabetes, multimorbidade e modelos de organização assistencial.

Foram utilizados descritores e palavras-chave em português e inglês. Em português, os principais termos empregados foram: cuidado centrado na pessoa, cuidado centrado no paciente, adultos, doenças crônicas, multimorbidade, coordenação do cuidado, continuidade do cuidado, atenção primária à saúde, Rede de Atenção à Saúde, autocuidado, autogerenciamento, qualidade de vida, hospitalização, serviços de emergência, custos em saúde, experiência do paciente, cuidado de longo prazo e atuação multiprofissional.

Em inglês, foram utilizados os termos: person-centered care, patient-centered care, adults, chronic diseases, multimorbidity, care coordination, continuity of care, primary health care, health care network, self-management, quality of life, hospitalization, emergency department, health care costs, patient experience, long-term care and multidisciplinary care.

As combinações entre os descritores foram realizadas com operadores booleanos, especialmente and e or, para ampliar ou restringir os resultados de acordo com a pertinência em relação à pergunta de pesquisa. Entre as estratégias de busca utilizadas, foram consideradas combinações como: "*person-centered care" and adults and "chronic disease"; "patient-centered care" and "self-management" and adults; "care coordination" and "continuity of care" and "chronic conditions"; "person-centered care" and "quality of life" and "long-term care"; "patient-centered care" and diabetes and "systematic review"; "care coordination" and hospitalization and "health care costs"; e "person-centered care" and multimorbidity and disparities*.

Foram incluídos estudos publicados entre 2022 e 2025, disponíveis em texto completo, publicados em periódicos científicos da área da saúde e escritos em português, inglês ou espanhol. Também foram incluídos estudos voltados à população adulta e relacionados diretamente ao cuidado centrado na pessoa, cuidado centrado no paciente, coordenação do cuidado, continuidade assistencial, autocuidado apoiado, modelos assistenciais multiprofissionais ou estratégias de acompanhamento em saúde.

Além disso, os estudos precisavam apresentar resultados relacionados a pelo menos um dos seguintes desfechos: controle clínico, qualidade de vida, adesão terapêutica, autocuidado, autoeficácia, hospitalizações, visitas a serviços de emergência, custos em saúde, continuidade do cuidado, experiência do paciente, coordenação entre serviços, comunicação entre profissionais ou articulação entre atenção primária e atenção especializada.

Quanto ao delineamento metodológico, foram aceitos estudos de revisão sistemática, revisão sistemática com meta-análise, revisão rápida, revisão de escopo, ensaio clínico randomizado, estudo quase-experimental e declaração científica baseada em evidências.

Foram excluídos estudos voltados exclusivamente a crianças ou adolescentes, publicações que não abordavam cuidado centrado na pessoa ou modelos correlatos, artigos sem relação com a Rede de Atenção à Saúde, estudos sem discussão sobre continuidade do cuidado, coordenação assistencial, autocuidado ou participação do usuário, textos sem acesso integral, publicações anteriores ao recorte temporal definido, estudos duplicados entre as bases, editoriais, cartas ao editor, comentários, resumos simples de eventos científicos e publicações opinativas sem descrição metodológica.

Também foram excluídos estudos com foco exclusivo em procedimentos técnicos, intervenções biomédicas isoladas ou aspectos clínicos específicos que não apresentassem relação com organização do cuidado, experiência do paciente, vínculo, continuidade assistencial, coordenação entre serviços ou participação ativa do usuário no processo terapêutico.

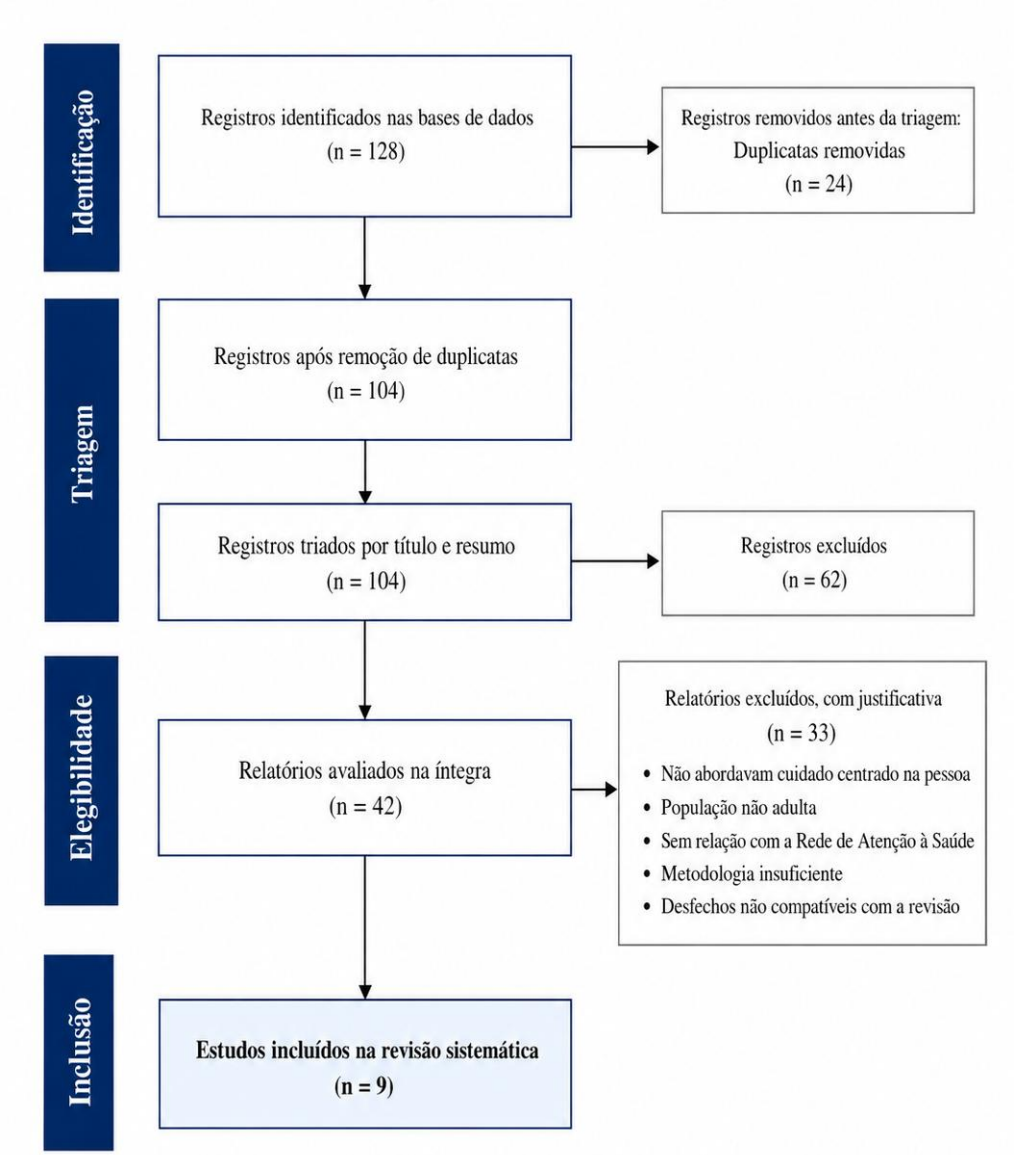
O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, foram identificadas 128 publicações nas bases de dados consultadas. Após a remoção de 24 registros duplicados, permaneceram 104 estudos para triagem por título e resumo.

Na etapa de triagem, foram excluídas 62 publicações por não apresentarem relação direta com o cuidado centrado na pessoa adulta, por abordarem populações fora do escopo da revisão, por tratarem de temas assistenciais sem vínculo com coordenação, continuidade ou autocuidado, ou por não apresentarem desfechos compatíveis com a pergunta norteadora. Após essa etapa, 42 estudos foram selecionados para leitura na íntegra.

Na leitura completa, os 42 estudos foram avaliados quanto ao objetivo, delineamento metodológico, população investigada, tipo de intervenção, contexto assistencial, desfechos avaliados, clareza dos resultados e pertinência em relação à questão norteadora. Após essa análise, 33 estudos foram excluídos por não atenderem plenamente aos critérios de inclusão. Entre os motivos de exclusão, destacaram-se ausência de discussão sobre cuidado centrado na pessoa, foco exclusivo em procedimentos clínicos específicos, população não adulta, ausência de relação com a Rede de Atenção à Saúde, descrição metodológica insuficiente ou resultados pouco relacionados aos desfechos de interesse.

Abaixo o fluxograma 1 sintetiza o processo se busca.

Figura 1. Fluxograma de estudo



Fonte: Elaboração própria (2026).

Após a seleção dos estudos, foi realizada a extração sistematizada das informações consideradas relevantes para responder à questão norteadora. A extração ocorreu por meio da leitura integral dos estudos incluídos e da organização dos dados em um quadro de revisão.

Foram extraídas informações referentes ao autor e ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de delineamento, população ou amostra, bases de dados utilizadas quando aplicável, período de busca, tipo de intervenção analisada, grupo de comparação quando existente, principais desfechos avaliados, resultados encontrados, limitações apontadas pelos autores e contribuição do estudo para a discussão sobre cuidado centrado na pessoa adulta.

Essa organização permitiu comparar os estudos quanto ao delineamento metodológico, força das evidências, população investigada, tipo de intervenção, contexto assistencial, desfechos avaliados e consistência dos resultados.

A qualidade metodológica dos estudos foi considerada a partir das informações apresentadas pelos próprios autores e do tipo de delineamento utilizado. Foram observados aspectos como clareza do objetivo, coerência entre objetivo e método, descrição da estratégia de busca, critérios de inclusão e exclusão, número de participantes ou estudos incluídos, presença de grupo de comparação quando aplicável, tipo de análise realizada, transparência na apresentação dos resultados, descrição das limitações, possibilidade de viés, heterogeneidade das intervenções e aplicabilidade dos achados à Rede de Atenção à Saúde.

Nos estudos de revisão, foi observada a presença de busca em múltiplas bases de dados, seleção criteriosa dos artigos, avaliação da qualidade dos estudos incluídos e síntese adequada dos achados. Nos estudos experimentais e quase-experimentais, foram considerados aspectos como randomização, comparação entre grupos, tamanho da amostra, tempo de seguimento, engajamento dos participantes, mensuração dos desfechos e possibilidade de generalização dos resultados.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, comparativa e interpretativa. Inicialmente, os estudos foram lidos integralmente e organizados conforme seus principais focos temáticos. Em seguida, os achados foram comparados para identificar aproximações, divergências, limitações e lacunas.

A síntese dos resultados foi organizada em seis categorias analíticas: autocuidado apoiado e educação em saúde; coordenação do cuidado e continuidade assistencial; atuação multiprofissional e modelos liderados por enfermeiros; uso de tecnologia no cuidado centrado na pessoa; desfechos clínicos, qualidade de vida e utilização de serviços; e limitações metodológicas e desafios de implementação.

Essa organização permitiu compreender que os efeitos do cuidado centrado na pessoa adulta não são uniformes. Alguns estudos apresentaram resultados clínicos objetivos, como melhora da hemoglobina glicada em adultos com diabetes mellitus tipo dois, enquanto outros demonstraram efeitos limitados sobre hospitalizações, custos e visitas a serviços de emergência. Assim, a síntese buscou não apenas apresentar os resultados positivos, mas também discutir as condições em que as intervenções foram menos efetivas.

Por se tratar de uma revisão sistemática da literatura, realizada exclusivamente com dados secundários provenientes de estudos publicados em periódicos científicos, não houve participação

direta de seres humanos, coleta de dados primários ou identificação individual de participantes. Dessa forma, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos da produção científica, especialmente quanto à fidelidade na apresentação dos resultados, à citação adequada das fontes utilizadas, à preservação da autoria dos estudos analisados e ao compromisso com a interpretação crítica das evidências.

Como limitação metodológica desta revisão, destaca-se a heterogeneidade dos estudos incluídos, uma vez que foram analisados diferentes tipos de delineamento, como revisões sistemáticas, revisão sistemática com meta-análise, revisão rápida, revisão de escopo, estudo quase-experimental, declaração científica e ensaio clínico randomizado. Essa diversidade amplia a compreensão do tema, mas dificulta a comparação direta entre os resultados.

Outra limitação refere-se à variedade de populações, intervenções e desfechos avaliados. Alguns estudos abordaram adultos com diabetes mellitus tipo dois, outros trataram de doenças físicas graves, condições cardiovasculares, idosos, pessoas com múltiplas condições crônicas ou pacientes de alta necessidade e alto custo. Além disso, os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, experiência do paciente, continuidade do cuidado e custos foram distintos entre os estudos, o que limitou comparações diretas.

Também se reconhece que parte das evidências analisadas foi produzida em contextos internacionais, especialmente em países de alta renda, o que pode limitar a aplicação imediata dos achados à realidade brasileira e à organização do Sistema Único de Saúde. Por esse motivo, os resultados foram interpretados considerando as especificidades da Rede de Atenção à Saúde, especialmente a importância da atenção primária, da coordenação entre serviços, da continuidade assistencial, da integralidade do cuidado e da adaptação dos modelos às necessidades concretas dos usuários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Abaixo, o quadro sintetiza de maneira sistemática os estudos incluídos de acordo com autor/ano, objetivo, método, resultados e limitações.

Quadro 1. síntese dos estudos selecionados.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Asmat et al., 2022	Avaliar efetividade de intervenções de autocuidado centradas no paciente no	Revisão sistemática e meta-análise.	Intervenções de autocuidado centradas no	Heterogeneidade nas intervenções e populações

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
	controle glicêmico (HbA1c) e comportamentos de autocuidado comparado ao cuidado usual em diabetes tipo 2	Busca em CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar, HEC Digital Library (2005-2020). 24 estudos elegíveis: 20 ECRs e 4 estudos quase-experimentais (n=4.083 participantes). Meta-análise com 19 ECRs	paciente reduziram significativamente HbA1c: -0,56 (IC 95% -0,79, -0,32). Análise estratificada mostrou maiores efeitos em: intervenções com componentes educacionais e comportamentais -0,66 (IC 95% -0,97, -0,34); duração curta (3 meses) -0,85 (IC 95% -1,28, -0,43); administradas por enfermeiros -0,80 (IC 95% -1,44, -0,16); em ambientes comunitários -0,70 (IC 95% -1,14, -0,26)	estudadas. Maioria dos estudos com seguimento de curto a médio prazo. Variabilidade nos componentes das intervenções dificulta identificação de elementos-chave
Al-Mallah et al. (citado em Rossi et al., 2023)	Avaliar desfechos clínicos de pacientes atendidos em clínicas lideradas por enfermeiros com intervenções centradas na pessoa (educação e aconselhamento de estilo de vida)	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados comparando clínicas lideradas por enfermeiros versus controles	Reduções significativas em: mortalidade por todas as causas OR 0,78 (IC 95% 0,65-0,95; P0,01); infarto do miocárdio OR 0,63 (IC 95% 0,39-1,00; P=0,05). Maior adesão a medicamentos hipolipemiantes OR 1,57 (IC 95% 1,14-2,17; P=0,006) e terapia antiplaquetária OR 1,42 (IC 95% 1,01-1,98; P=0,04). Sem diferença significativa em morte cardiovascular, eventos cardíacos adversos maiores ou revascularização	Heterogeneidade nos protocolos clínicos das clínicas lideradas por enfermeiros. Poucos estudos vincularam modelos de cuidado com desfechos centrados na pessoa como autocuidado, engajamento e qualidade de vida
Espinel-Flores et al., 2022	Analisar impacto de intervenções de coordenação clínica na continuidade do cuidado entre atenção primária e secundária para pacientes com condições	Estudo quase-experimental com pesquisa-ação participativa. Medições	Melhorias na continuidade de informação clínica entre níveis (transferência de informação clínica)	Diferenças entre países relacionadas a fatores contextuais e eventos durante implementação.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
	crônicas em cinco países latino-americanos	baseadas em duas pesquisas com amostra de pacientes com condições crônicas (392 por rede; 800 por país) em 2015 (baseline) e 2017 (avaliação) usando questionário CCAENA. Modelos de regressão de Poisson com variância robusta	e continuidade de gestão clínica (coerência do cuidado) em Brasil, Chile e Colômbia. Pacientes relataram melhorias na continuidade do cuidado mesmo que intervenções fossem direcionadas a profissionais de saúde	Período de seguimento relativamente curto (2 anos). Possível viés de seleção nas redes participantes
Duru et al., 2025	Avaliar efetividade de coordenação do cuidado para pacientes comercialmente segurados de alta necessidade e alto custo (HNHC) em desfechos de custos totais de saúde e utilização de cuidado agudo	Ensaio clínico randomizado de grande escala nacional. Intervenção de coordenação do cuidado multidisciplinar intensiva de 90 dias projetada para fornecer cuidado integral (necessidades médicas, psicológicas e sociais). Desfechos: custos totais de saúde (médico e farmácia) e utilização de cuidado agudo (hospitalizações e visitas à emergência)	Um dos maiores ECRs de coordenação do cuidado nacional para pacientes HNHC comercialmente segurados até o momento. Resultados específicos não detalhados no trecho fornecido, mas estudo projetado para avaliar redução de custos e utilização de serviços agudos	Estudos prévios de coordenação do cuidado mostraram evidência limitada de efetividade. Meta-análise prévia de programas de gestão de alto risco não encontrou diferença significativa em utilização, custos ou mortalidade. Maioria dos estudos anteriores limitados por amostras pequenas (1000 pacientes), alta atrito, falta de randomização
Nkhoma et al., 2022	Revisar e avaliar evidências de intervenções que visam entregar cuidado centrado na pessoa para pessoas com doença física grave e identificar modelos de intervenções de cuidado centrado na pessoa	Revisão sistemática seguindo diretrizes PRISMA. Busca em AMED, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Medline, PsycINFO (até abril/2022). 72	Dois tipos principais de intervenções: (1) Estudos com componentes de autogerenciamento: mostraram efeito na redução de admissões hospitalares, melhoria da qualidade de vida e	Heterogeneidade de intervenções e populações estudadas dificultou meta-análise. Poucos estudos usaram abordagens combinadas de autogerenciamento e tecnologia. Necessidade de

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
		artigos (55 estudos diferentes) incluídos. Maioria (n=47) ECRs. Síntese narrativa devido heterogeneidade. Qualidade avaliada usando checklist Joanna Briggs	redução de custos de cuidado. (2) Intervenções baseadas em tecnologia (celular, app, tablet/computador, vídeo): melhoraram autoeficácia, hospitalizações e tempo de internação, mas qualidade de vida não melhorou na maioria dos estudos	trabalho adicional para identificar como essas abordagens podem ser usadas para gerenciar doença grave
Cano et al., 2023	Avaliar associação entre implementação de modelos de cuidado centrado na pessoa que promovem treinamento de autocuidado em cuidados de longo prazo e desfechos relacionados à saúde em adultos com doença crônica	Revisão rápida seguindo metodologia Cochrane. Busca em CINAHL, MedicLatina, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection (2017-2022). Estudos experimentais randomizados. Dois investigadores independentes. Síntese narrativa com desfechos agrupados em níveis individual, institucional e societal. 8 estudos incluídos (maioria de países europeus)	17 desfechos relacionados à saúde analisados usando 52 instrumentos diferentes. Principais desfechos: promoção de saúde e bem-estar geral (n=4), implementação de modelos de cuidado centrado no paciente (n=1), interações positivas e mais frequentes com profissionais de saúde (n=2), diminuição do estresse psicossocial da equipe (n=1), ausência de custos adicionais (n=1), melhoria das habilidades de cuidadores familiares (n=1)	Grande variabilidade entre estudos: número de participantes, período de coleta de dados, duração da intervenção, amostras selecionadas e modelo de cuidado implementado. Todos estudos satisfizeram >60% do escore de qualidade metodológica. Necessidade de estudos robustos em diferentes países e culturas
Duan-Porter et al., 2022	Examinar modelos e ferramentas de coordenação do cuidado e seus efeitos em hospitalizações, visitas à emergência e experiência do paciente em adultos com condições sensíveis ao cuidado ambulatorial	Revisão sistemática. Busca em MEDLINE, CINAHL, Embase, Cochrane Database, AHRQ, VA Evidence Synthesis	14 revisões examinaram gestão de caso ou cuidado transicional; 2 avaliaram modelos de atenção primária intensiva. Duas revisões destacaram seleção para fatores de risco específicos como importante	Efeitos inconsistentes das intervenções de coordenação do cuidado. Revisões, estudos primários e entrevistas não identificaram ferramentas para medir confiança do paciente ou

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
		Program (até setembro/2019). Dois revisores independentes. Qualidade avaliada usando AMSTAR 2 modificado. 16 revisões sistemáticas elegíveis de 2324 citações. Entrevistas semiestruturadas com implementadores	para efetividade; uma indicou alta intensidade (mais contatos com paciente) e/ou planos multidisciplinares como chave. Maioria das revisões encontrou efeitos inconsistentes na redução de hospitalizações ou visitas à emergência. Poucas relataram experiência do paciente	integração da equipe de cuidado. Sustentabilidade das intervenções variou. Necessidade de adaptação para diferentes contextos de saúde
Nasser Albarqi, 2024	Avaliar associação entre continuidade/sustentabilidade do cuidado na medicina de família com qualidade de vida e desfechos de saúde em populações idosas	Revisão sistemática. Busca em PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library. Avaliação de qualidade usando ROBINS-I. Síntese narrativa e temática. 14 estudos incluídos	Maior continuidade do cuidado consistentemente associada com: redução de utilização de serviços de saúde (menores visitas à emergência e hospitalizações), melhor manejo de doenças crônicas, melhor coordenação do cuidado, melhores experiências relatadas pelos pacientes e qualidade de vida. Casas médicas centradas no paciente e modelos de coordenação do cuidado mostraram potencial para fortalecer continuidade. Integração cuidadosa de telessaúde e ferramentas tecnológicas aumentaram continuidade	Fragmentação dos serviços desafia sustentação de relações contínuas. Heterogeneidade nos modelos de cuidado avaliados. Necessidade de reorientação sistêmica em direção a relações e cuidado integral da pessoa

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Doose et al., 2025	Identificar amplitude da literatura testando modelos de prestação de cuidados de saúde para melhorar manejo de múltiplas condições crônicas em populações que experimentam disparidades de saúde	Revisão de escopo. Busca em CINAHL Plus, Embase, PubMed, Scopus (2016-2023). Avaliação independente por dois revisores usando Covidence. 17 estudos incluídos de 9583 registros	5 (29%) ensaios clínicos randomizados. Maioria (82%) focou em manejo de condições crônicas psiquiátricas e físicas. Modelo mais citado: Casa Médica Centrada no Paciente (41%). Maioria (82%) em ambientes clínicos: atenção primária (n=9), cuidado especializado (n=4), saúde comportamental (n=2). Todos documentaram melhorias positivas: 14 (82%) em utilização de serviços, 11 (65%) em desfechos clínicos, 4 (24%) em custos	Evidência aplicável para múltiplas condições crônicas é escassa para populações que experimentam disparidades de saúde. Heterogeneidade nos modelos de cuidado. Necessidade de desenvolver, adaptar e implementar modelos baseados em evidências específicos para essas populações

Fonte: Elaboração própria (2026).

Os estudos analisados indicam que o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta efeitos mais consistentes quando envolve autocuidado apoiado, educação em saúde, vínculo com a equipe, coordenação entre serviços e acompanhamento contínuo. No entanto, os resultados não são homogêneos, pois variam conforme o tipo de intervenção, o perfil clínico dos participantes, o tempo de seguimento e os desfechos avaliados. Enquanto algumas investigações identificaram melhora em indicadores clínicos objetivos, como hemoglobina glicada, outras não observaram redução significativa em custos, hospitalizações ou uso de serviços de emergência, o que demonstra que o cuidado centrado na pessoa depende não apenas da proposta assistencial, mas também das condições concretas de implementação na Rede de Atenção à Saúde (Asmat *et al.*, 2022; Duan-Porter *et al.*, 2022; Duru *et al.*, 2025).

No estudo de Asmat *et al.* (2022), a evidência mostrou-se mais consistente porque a revisão sistemática com meta-análise avaliou um desfecho clínico mensurável em adultos com diabetes mellitus tipo 2. Os autores incluíram 24 estudos, sendo 20 ensaios clínicos randomizados e quatro estudos quase-experimentais, totalizando 4.083 participantes. Na meta-análise com 19 ensaios clínicos randomizados, as intervenções centradas no paciente reduziram significativamente a hemoglobina

glicada, com diferença média de -0,56 ponto percentual e intervalo de confiança de 95% entre -0,79 e -0,32, o que sugere que o cuidado centrado na pessoa pode produzir efeitos clínicos objetivos quando está associado à educação em saúde, ao apoio comportamental e à participação ativa do usuário no manejo da própria condição.

Ainda no estudo de Asmat *et al.* (2022), os maiores efeitos foram observados em intervenções que combinavam componentes educacionais e comportamentais, com redução de -0,66 na hemoglobina glicada, em intervenções de curta duração, com redução de -0,85, naquelas conduzidas por enfermeiros, com redução de -0,80, e em ambientes comunitários, com redução de -0,70. Esses resultados indicam que a proximidade entre equipe e usuário, a linguagem acessível e o acompanhamento voltado ao cotidiano podem favorecer maior adesão ao autocuidado. Contudo, os próprios autores apontaram limitações importantes, como heterogeneidade das intervenções, variação entre populações, predomínio de seguimentos de curto e médio prazo e dificuldade para identificar quais componentes foram mais decisivos para os resultados encontrados.

Quando os achados de Asmat *et al.* (2022) são comparados aos de Duru *et al.* (2025), percebe-se uma diferença importante entre intervenções voltadas ao autocuidado e programas amplos de coordenação do cuidado. Duru *et al.* (2025) avaliaram uma intervenção multidisciplinar intensiva de 90 dias para pacientes adultos de alta necessidade e alto custo, considerando desfechos como custos totais de saúde, hospitalizações e visitas à emergência. Diferentemente do efeito positivo observado por Asmat *et al.* (2022) no controle glicêmico, Duru *et al.* (2025) não identificaram impacto significativo da coordenação do cuidado sobre custos ou utilização de serviços agudos.

Essa diferença também pode ser explicada pelo tipo de vínculo estabelecido entre a equipe e o usuário. Enquanto Asmat *et al.* (2022) analisaram intervenções com forte componente educativo e comportamental, Duru *et al.* (2025) avaliaram um modelo de coordenação com tempo delimitado e voltado a uma população de maior complexidade assistencial.

Dessa forma, a ausência de redução significativa em hospitalizações e custos não invalida o cuidado centrado na pessoa, mas revela que a coordenação do cuidado, quando breve ou insuficientemente integrada à rotina dos serviços, pode não ser suficiente para modificar trajetórias clínicas marcadas por multimorbidade, vulnerabilidade social e uso frequente da rede de saúde (Duru *et al.*, 2025).

No contexto latino-americano, Espinel-Flores *et al.* (2022) contribuem para a discussão ao analisarem intervenções de coordenação clínica entre atenção primária e atenção secundária em cinco países, incluindo o Brasil. O estudo utilizou desenho quase-experimental com pesquisa-ação participativa e comparou dados coletados em 2015 e 2017, envolvendo pacientes com condições

crônicas que utilizavam diferentes níveis de atenção. As intervenções buscaram melhorar a comunicação entre profissionais, a transferência de informações clínicas e a coerência da gestão do cuidado, aspectos diretamente relacionados ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (Espinel-Flores *et al.*, 2022).

Os resultados de Espinel-Flores *et al.* (2022) indicaram melhorias na continuidade da informação clínica e na continuidade da gestão clínica em países como Brasil, Chile e Colômbia. Esse achado é relevante porque mostra que o cuidado centrado na pessoa não depende apenas da escuta individual durante a consulta, mas também da capacidade da rede de garantir comunicação entre serviços, referência, contrarreferência e continuidade assistencial. Assim, a centralidade da pessoa exige que o usuário não seja tratado como responsável por "costurar" sozinho seu percurso terapêutico entre atenção primária, especialidades, exames, retornos e encaminhamentos.

Apesar disso, Espinel-Flores *et al.* (2022) também apontaram limitações relacionadas às diferenças contextuais entre países, aos eventos ocorridos durante a implementação e ao tempo relativamente curto de seguimento. A variação dos resultados entre os sistemas de saúde demonstra que a coordenação clínica não funciona de maneira automática ou padronizada. Ao contrário, sua efetividade depende da organização local dos serviços, da disponibilidade de profissionais, da adesão das equipes, dos fluxos de comunicação e do apoio da gestão. Portanto, a implementação do cuidado centrado na pessoa na Rede de Atenção à Saúde exige adaptação ao território e às condições reais de trabalho.

A revisão sistemática de Nkhoma *et al.* (2022) reforça que as intervenções centradas na pessoa podem produzir benefícios em pessoas com doenças físicas graves, mas também evidencia grande heterogeneidade nos modelos avaliados. Os autores analisaram 72 artigos, correspondentes a 55 estudos diferentes, sendo a maioria ensaios clínicos randomizados. As intervenções foram agrupadas principalmente em dois tipos: estratégias com componentes de autogerenciamento e intervenções baseadas em tecnologia, como aplicativos, celulares, tablets, computadores e vídeos (Nkhoma *et al.*, 2022).

As intervenções de autogerenciamento analisadas por Nkhoma *et al.* (2022) apresentaram efeitos em redução de admissões hospitalares, melhora da qualidade de vida e diminuição de custos em alguns estudos. Já as intervenções tecnológicas mostraram melhora em autoeficácia, hospitalizações e tempo de internação, mas não produziram melhora da qualidade de vida na maioria das investigações. Esse resultado sugere que a tecnologia pode apoiar o cuidado centrado na pessoa, mas não substitui vínculo, escuta qualificada, planejamento compartilhado e acompanhamento longitudinal. Quando o recurso tecnológico é utilizado de forma isolada, seus efeitos podem aparecer

em indicadores operacionais, mas não necessariamente em dimensões subjetivas e relacionais do cuidado.

A comparação entre Asmat *et al.* (2022) e Nkhoma *et al.* (2022) permite observar que o autogerenciamento aparece como um dos componentes mais fortes do cuidado centrado na pessoa. Em Asmat *et al.* (2022), esse componente esteve associado à melhora da hemoglobina glicada em adultos com diabetes tipo 2; em Nkhoma *et al.* (2022), esteve relacionado à redução de admissões hospitalares, melhora da qualidade de vida e redução de custos em pessoas com doença física grave. Entretanto, em ambos os estudos, a heterogeneidade das intervenções limita a identificação dos elementos mais efetivos, pois educação, apoio comportamental, acompanhamento profissional, uso de tecnologia e suporte familiar aparecem combinados de formas diferentes.

A revisão rápida de Cano *et al.* (2023) aprofunda essa limitação metodológica ao mostrar grande diversidade de instrumentos e desfechos utilizados para avaliar modelos de cuidado centrado na pessoa em adultos com doenças crônicas em cuidados de longo prazo. Os autores incluíram oito estudos experimentais randomizados, majoritariamente europeus, e identificaram 17 desfechos relacionados à saúde avaliados por 52 instrumentos diferentes. Essa variedade dificulta a comparação entre os estudos, pois qualidade de vida, bem-estar, interações com profissionais, estresse psicossocial da equipe, custos e habilidades de cuidadores familiares foram medidos de maneiras distintas.

Embora Cano *et al.* (2023) tenham identificado resultados positivos em algumas dimensões, os autores destacaram que apenas parte dos estudos apresentou melhora significativa nos desfechos primários. Esse dado exige cautela, pois a presença de benefícios pontuais não significa efetividade ampla do modelo em todos os contextos. A revisão também aponta a necessidade de investigações mais robustas, com maior diversidade cultural, instrumentos padronizados e avaliação dos efeitos em curto, médio e longo prazo (Cano *et al.*, 2023). Dessa forma, a literatura ainda precisa avançar na padronização metodológica para que seja possível comparar melhor os resultados dos diferentes modelos de cuidado centrado na pessoa.

Duan-Porter *et al.* (2022) também identificaram inconsistências nos efeitos da coordenação do cuidado em adultos com condições sensíveis ao cuidado ambulatorial. A revisão incluiu 16 revisões sistemáticas, das quais 14 abordavam gestão de caso ou cuidado transicional e duas avaliavam modelos intensivos de atenção primária. Embora algumas revisões tenham indicado que intervenções mais intensivas, com maior contato com o paciente, seleção adequada de usuários de risco e planos multidisciplinares podem ser mais efetivas, a maioria encontrou efeitos variáveis sobre hospitalizações e visitas à emergência.

Esses achados dialogam diretamente com Duru *et al.* (2025), pois ambos indicam que a coordenação do cuidado, por si só, não garante redução de utilização de serviços agudos. Em populações com maior complexidade clínica, as necessidades podem envolver não apenas acompanhamento médico, mas também sofrimento psíquico, dificuldades sociais, barreiras econômicas, baixa adesão terapêutica, fragilidade familiar e acesso irregular aos serviços. Assim, os resultados de Duan-Porter *et al.* (2022) e Duru *et al.* (2025) mostram que a efetividade do cuidado centrado na pessoa depende da intensidade da intervenção, do vínculo com o usuário e da capacidade da rede de responder a necessidades múltiplas.

No campo cardiovascular, Rossi *et al.* (2023) destacam que os modelos centrados na pessoa exigem diretrizes baseadas em evidências, ferramentas de apoio à decisão clínica, avaliação sistemática e inclusão da perspectiva do paciente na definição do plano de cuidado. A revisão aponta que clínicas lideradas por enfermeiros, com intervenções educativas e aconselhamento de estilo de vida, foram associadas à redução da mortalidade por todas as causas, com odds ratio de 0,78, e à redução de infarto do miocárdio, com odds ratio de 0,63. Além disso, houve maior adesão a medicamentos hipolipemiantes, com odds ratio de 1,57, e à terapia antiplaquetária, com odds ratio de 1,42.

Esses resultados sugerem que o cuidado centrado na pessoa pode ser efetivo em condições cardiovasculares quando há acompanhamento estruturado, educação em saúde e atuação multiprofissional. No entanto, Rossi *et al.* (2023) também destacam limitações importantes, como heterogeneidade dos protocolos clínicos, variação dos modelos de cuidado e número reduzido de estudos que relacionaram diretamente os modelos assistenciais a desfechos centrados na pessoa, como autocuidado, engajamento, experiência do paciente e qualidade de vida. Assim, embora os efeitos clínicos sejam relevantes, ainda há lacunas sobre como os usuários percebem e incorporam esse cuidado em sua rotina.

A revisão de Nasser Albarqi (2024), voltada à população idosa, fortalece a importância da continuidade do cuidado na medicina de família. O autor analisou 14 estudos e identificou associação entre maior continuidade assistencial e redução da utilização de serviços de saúde, incluindo menores visitas à emergência e hospitalizações. Também foram observados melhor manejo de doenças crônicas, melhor coordenação do cuidado, experiências mais positivas relatadas pelos pacientes e maior qualidade de vida.

Ao comparar Nasser Albarqi (2024) com Duru *et al.* (2025), observa-se que a continuidade relacional parece ter maior potencial do que intervenções pontuais de coordenação. Enquanto Nasser Albarqi (2024) identificou associação entre continuidade e melhores desfechos em idosos, Duru *et al.* (2025) não encontrou redução significativa em custos ou utilização de serviços após uma intervenção

de coordenação de curta duração. Essa diferença sugere que o cuidado centrado na pessoa não pode ser reduzido a uma ligação telefônica, a um plano isolado ou a uma intervenção limitada no tempo. Para produzir efeitos mais consistentes, ele precisa estar incorporado à rotina da atenção primária, ao trabalho interprofissional e ao acompanhamento longitudinal do usuário.

A revisão de escopo de Doose *et al.* (2025) amplia a discussão ao abordar modelos de cuidado para pessoas com múltiplas condições crônicas pertencentes a populações que vivenciam disparidades em saúde. Os autores analisaram 9.583 registros e incluíram apenas 17 estudos, sendo cinco ensaios clínicos randomizados. A maioria dos estudos abordou a associação entre condições psiquiátricas e físicas, e o modelo mais citado foi a Casa Médica Centrada no Paciente, presente em 41% dos estudos.

Embora Doose *et al.* (2025) tenham identificado melhorias em utilização dos serviços, desfechos clínicos e custos em parte dos estudos, os próprios autores destacaram que a evidência ainda é escassa para pessoas com multimorbidade em contextos de disparidades em saúde. Além disso, por se tratar de revisão de escopo, a qualidade metodológica dos estudos não foi avaliada formalmente, o que limita conclusões mais fortes sobre efetividade. Esse ponto é essencial para a Rede de Atenção à Saúde, pois grande parte da população adulta atendida nos serviços públicos apresenta condições crônicas associadas a vulnerabilidades sociais, dificuldades de acesso, sofrimento mental e necessidade de cuidado intersetorial.

De modo geral, os estudos demonstram que o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta maior consistência quando envolve educação em saúde, apoio ao autocuidado, vínculo longitudinal, atuação multiprofissional e integração entre serviços. As evidências de Asmat *et al.* (2022) são mais fortes para melhora clínica no diabetes tipo 2, enquanto Nkhoma *et al.* (2022) e Cano *et al.* (2023) indicam benefícios potenciais, porém com heterogeneidade de intervenções, populações e instrumentos. Já Duan-Porter *et al.* (2022) e Duru *et al.* (2025) mostram que a coordenação do cuidado pode ter efeitos limitados sobre custos, hospitalizações e emergência, especialmente quando aplicada a populações de alta complexidade.

Portanto, a literatura não permite afirmar que toda intervenção denominada cuidado centrado na pessoa será automaticamente efetiva. Os dados indicam que esse modelo apresenta melhores resultados quando deixa de ser apenas uma orientação humanizadora abstrata e passa a organizar concretamente o processo assistencial, com escuta qualificada, plano terapêutico compartilhado, corresponsabilização do usuário, suporte ao autocuidado, integração entre profissionais e articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Assim, sua efetividade depende menos do nome do modelo e mais da forma como ele é implementado, monitorado e sustentado nos serviços de saúde

(Asmat *et al.*, 2022; Espinel-Flores *et al.*, 2022; Nkhoma *et al.*, 2022; Rossi *et al.*, 2023; Nasser Albarqi, 2024; Doose *et al.*, 2025).

5 CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática permitiu responder à questão norteadora: quais são as evidências científicas recentes sobre os efeitos, limitações e possibilidades do cuidado centrado na pessoa adulta na Rede de Atenção à Saúde? De modo geral, os estudos analisados indicam que o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta evidências favoráveis, especialmente quando está associado ao autocuidado apoiado, à educação em saúde, ao acompanhamento contínuo, à escuta qualificada, à atuação multiprofissional e à coordenação entre os diferentes pontos da rede assistencial.

Os achados demonstram que esse modelo de cuidado pode contribuir para melhores desfechos clínicos e assistenciais, como maior adesão terapêutica, fortalecimento do autocuidado, melhora da experiência do paciente, ampliação da continuidade do cuidado e, em alguns contextos, redução de hospitalizações, custos e utilização de serviços de emergência. Também foi possível observar que intervenções conduzidas de forma mais próxima do cotidiano do usuário, com participação ativa da equipe de saúde e planejamento compartilhado, tendem a apresentar resultados mais consistentes, principalmente no acompanhamento de doenças crônicas.

Entretanto, a revisão também evidenciou que os efeitos do cuidado centrado na pessoa não ocorrem de maneira automática. Os resultados variam conforme o perfil dos usuários, o tipo de intervenção, o tempo de acompanhamento, a intensidade do cuidado ofertado e a capacidade dos serviços de saúde de manter comunicação efetiva entre si. Em populações com maior complexidade clínica, multimorbidade, vulnerabilidade social ou alta necessidade de cuidado, intervenções pontuais, breves ou pouco integradas à rede podem não ser suficientes para produzir impacto significativo em custos, hospitalizações ou uso de serviços de emergência.

Dessa forma, as evidências mostram que o cuidado centrado na pessoa adulta deve ser compreendido como uma estratégia de reorganização da assistência, e não apenas como uma postura humanizada individual do profissional. Para que esse modelo seja efetivo na Rede de Atenção à Saúde, é necessário fortalecer a atenção primária, a referência e contrarreferência, a comunicação entre profissionais, o trabalho interprofissional, o uso adequado de tecnologias, o vínculo longitudinal e a construção compartilhada do plano terapêutico.

Quanto às limitações, os estudos analisados apresentaram diferenças importantes entre métodos, populações, intervenções, instrumentos de avaliação e desfechos investigados, o que dificultou comparações diretas. Além disso, parte das evidências foi produzida em contextos

internacionais, exigindo cautela na aplicação dos resultados à realidade brasileira. Mesmo assim, os achados oferecem contribuições relevantes para pensar formas mais integradas, contínuas e resolutivas de cuidado à pessoa adulta.

Conclui-se, portanto, que o cuidado centrado na pessoa adulta apresenta potencial para qualificar a assistência na Rede de Atenção à Saúde, desde que seja implementado de forma estruturada, contínua e articulada aos diferentes serviços. Ao considerar as necessidades clínicas, emocionais, sociais e familiares dos usuários, esse modelo favorece uma prática mais integral, participativa e coerente com os princípios da atenção em saúde, contribuindo para maior autonomia do paciente e para uma rede assistencial mais humanizada e efetiva.

REFERÊNCIAS

ASMAT, Kainat *et al.* The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self management: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Public Health, Lausanne, v. 10, art. 994766, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.994766. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.994766. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 jun. 2026.

CANO, Fátima *et al.* A rapid literature review on the health-related outcomes of long-term person-centered care models in adults with chronic illness. Frontiers in Public Health, Lausanne, v. 11, art. 1213816, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1213816. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1213816. Acesso em: 10 jun. 2026.

COULTER, Angela; COLLINS, Alf. Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London: The King's Fund, 2011. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/making-shared-decision-making-reality. Acesso em: 10 jun. 2026.

DOOSE, Michelle *et al.* Health care models for persons with multiple chronic conditions from populations that experience health disparities: a scoping review. Journal of General Internal Medicine, New York, v. 40, p. 2346-2357, 2025. DOI: 10.1007/s11606-025-09491-w. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11606-025-09491-w. Acesso em: 10 jun. 2026.

DUAN-PORTER, Wei *et al.* Care coordination models and tools: systematic review and key informant interviews. Journal of General Internal Medicine, New York, v. 37, n. 6, p. 1367-1379, 2022. DOI: 10.1007/s11606-021-07158-w. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11606-021-07158-w. Acesso em: 10 jun. 2026.

DURU, O. Kenrik *et al.* Care coordination for high-need, high-cost commercially insured patients: a randomized clinical trial. JAMA Network Open, Chicago, v. 8, n. 6, e2511804, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.11804. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.11804. Acesso em: 10 jun. 2026.

EKMAN, Inger *et al.* Person-centered care: ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing, Amsterdam, v. 10, n. 4, p. 248-251, 2011. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Acesso em: 10 jun. 2026.

ESPINEL-FLORES, Verónica *et al.* Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: participatory action research in five Latin American countries. Health Policy and Planning, Oxford, v. 37, n. 1, p. 1-11, 2022. DOI: 10.1093/heapol/czab130. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapol/czab130. Acesso em: 10 jun. 2026.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ, London, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219. Acesso em: 10 jun. 2026.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine, Oxford, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8. Acesso em: 10 jun. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://dspace.unisa.br/handle/123456789/450. Acesso em: 10 jun. 2026.

NASSER ALBARQI, Mohammed. Continuity and sustainability of care in family medicine: assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations: a systematic review. PLOS ONE, San Francisco, v. 19, n. 12, e0299283, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0299283. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299283. Acesso em: 10 jun. 2026.

NKHOMA, Kennedy Bashan *et al.* A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. BMJ Open, London, v. 12, n. 7, e054386, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-054386. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054386. Acesso em: 10 jun. 2026.

ROSSI, Laura P. *et al.* Person-centered models for cardiovascular care: a review of the evidence: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, Dallas, v. 148, n. 6, p. 512-542, 2023. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001141. Disponível em: https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001141. Acesso em: 10 jun. 2026.

STARFIELD, Barbara. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 1998. DOI: 10.1093/oso/9780195125429.001.0001. Disponível em: https://doi.org/10.1093/oso/9780195125429.001.0001. Acesso em: 10 jun. 2026.

WAGNER, Edward H. *et al.* Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs, Bethesda, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64. Disponível em: https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64. Acesso em: 10 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-integrated-people-centred-health-services. Acesso em: 10 jun. 2026.