



A OPERACIONALIZAÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: DESAFIOS ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Operationalizing Comprehensive Care in Family and Community Medicine in Brazil:
Challenges Between Professional Training and Clinical Practice

Jade Cardoso Brito da Costa

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-3207-4569>

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário UniFG

Endereço: Guanambi, Bahia, Brasil

E-mail: jadecse2015@gmail.com

Miguel Orlando Arevalo Vega

Pós-graduado em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Endereço: Manaus, Amazonas, Brasil

E-mail: orlam609@gmail.com

Renato Discacciati

Pós-graduando em Medicina Intensiva de Adultos

Instituição: Faculdade de Medicina Sírio-Libanês

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: rdiscacciatti@hotmail.com

Clara Vidal Barros

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário UNIFACISA

Endereço: Campina Grande, Paraíba, Brasil

E-mail: claravidalbarros@hotmail.com

Wagner Jorge Leite Neto

Graduado em Medicina

Instituição: UNINASSAU - Vilhena

Endereço: Vilhena, Rondônia, Brasil

E-mail: jorgeleitenetow@gmail.com

Shirlene da Silva Vieira

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Gurupi (UNIRG)

Endereço: Gurupi, Tocantins, Brasil

E-mail: shirlene.vieira@hotmail.com

Sabrina Lins Jordão

Graduanda em Medicina

Instituição: Afya – Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns

Endereço: Garanhuns, Pernambuco, Brasil
E-mail: sabrinalins169@gmail.com

Rosaine Celestina Ribeiro

Graduanda em Medicina
Instituição: Centro Universitário UniFG
Endereço: Guanambi, Bahia, Brasil
E-mail: zainecelestina@gmail.com

Elisabete Eunalia de Araújo

Graduanda em Medicina
Instituição: Centro Universitário UniFG
Endereço: Guanambi, Bahia, Brasil
E-mail: med.elisabete.araujo@gmail.com

Luciene Maria da Silva

Graduada em Fonoaudiologia
Instituição: Centro Universitário UNIFATECIE
Endereço: Itaquaquecetuba, São Paulo, Brasil
E-mail: lujuebia@gmail.com

RESUMO

A produção da atenção integral à saúde constitui um dos eixos estruturantes e um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como pilar operacional central. O objetivo desta revisão sistemática foi analisar as evidências científicas sobre a operacionalização da integralidade na MFC no Brasil, com ênfase na identificação dos desafios formativos e dos entraves assistenciais no cotidiano das equipes. Para o percurso metodológico, utilizou-se a estratégia PECO para direcionar as buscas nas bases de dados BVS, SciELO, PubMed e LILACS, abrangendo o período de 2015 a 2024. Após criterioso processo de seleção por pares, foram incluídos 25 estudos primários para a síntese qualitativa. Os resultados demonstram que a operacionalização da integralidade ocorre primordialmente através do uso de tecnologias leves, como o acolhimento e a clínica ampliada, além da coordenação do cuidado em rede. Contudo, a efetivação desse princípio é obstruída pela fragmentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ineficiência dos fluxos de referência e contrarreferência e pela persistência de modelos de formação biologicistas. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família emergem como dispositivos estratégicos para a reorientação das práticas, promovendo a educação interprofissional e o manejo de determinantes sociais. Conclui-se que a consolidação do cuidado integral no SUS depende de uma gestão que transcenda a produtividade procedimental, priorizando a longitudinalidade, a estabilidade dos vínculos profissionais e o fortalecimento da APS como coordenadora real da rede assistencial.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Brasil.

INTRODUÇÃO

A produção da atenção integral à saúde da população brasileira constitui um dos eixos estruturantes e, simultaneamente, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Definida legalmente como um conjunto articulado de ações preventivas e curativas em todos os níveis de complexidade, a integralidade é um conceito polissêmico que abrange desde a organização sistêmica dos serviços até a visão holística do sujeito no ato do cuidado (Mattos, 2009). No cenário nacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o espaço privilegiado para o exercício e a coordenação desse princípio, tendo na Política Nacional de Atenção Básica seu arcabouço normativo fundamental para a reorientação do modelo assistencial (Brasil, 2011).

A operacionalização da integralidade no cotidiano das práticas de saúde exige uma articulação essencial entre o cuidado, a gestão e as políticas públicas (Carnut, 2017). Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) assume papel central ao buscar superar o modelo biomédico tradicional, fragmentado e centrado na doença, em prol de uma abordagem que considere as múltiplas dimensões do ser humano e seus determinantes sociais (Ayres, 2019). Contudo, a literatura aponta que a efetivação dessa prática ainda enfrenta obstáculos significativos, ocorrendo muitas vezes uma tensão entre o que é preconizado nas diretrizes oficiais e o que é efetivamente vivido pelas equipes multidisciplinares no território (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Um dos principais nós críticos para a consolidação do cuidado integral reside na formação profissional, que frequentemente ainda padece de um receituário fragmentado e biologizante (Rodrigues; Sousa, 2023). Estratégias como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família têm surgido como iniciativas inovadoras para reorientar o processo de trabalho e promover o compartilhamento interprofissional de saberes (Bernardo et al., 2020). Esses programas de pós-graduação são fundamentais para qualificar a assistência *in loco*, permitindo que os profissionais identifiquem fragilidades e potencialidades no cuidado à população, especialmente em grupos vulneráveis (Monteiro et al., 2019; Silva; Dalbello-Araujo, 2020). A integração ensino-serviço-comunidade é, portanto, essencial para gerar um perfil de egresso condizente com as necessidades do sistema (Costa; Azevedo; Vilar, 2019; Freire et al., 2019).

Além dos desafios formativos, a prática assistencial na MFC enfrenta barreiras organizacionais e sistêmicas que comprometem a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. A fragmentação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as dificuldades nos fluxos de referência e contrarreferência limitam a resolutividade das demandas dos usuários (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Tais desafios são acentuados em contextos específicos, como no cuidado

ao idoso, onde a transição demográfica exige o fortalecimento da atenção domiciliar e a adoção de paradigmas baseados na funcionalidade (Carvalho; Hennington, 2015; Dantas et al., 2017; Miranda; Mendes; Silva, 2016). A construção da integralidade, portanto, deve transbordar os muros das unidades de saúde, envolvendo a intersetorialidade e a valorização das necessidades subjetivas de autonomia e vínculo relatadas pelos usuários (Tofani et al., 2022).

Diante do exposto, torna-se imperativo analisar como as práticas de saúde têm se adaptado para responder a esse princípio doutrinário em um cenário de crises econômicas e pressões por produtividade procedimental (Oliveira; Cruz, 2015). O uso de metodologias ativas e da problematização na análise das unidades de saúde tem se mostrado uma ferramenta potente para refletir criticamente sobre o processo de trabalho (Santos et al., 2021). No entanto, persiste a necessidade de sintetizar as evidências científicas que discutem as noções de integralidade e as necessidades sociais em saúde no cotidiano assistencial brasileiro (Silva et al., 2019; Sánchez et al., 2015). A compreensão dos mecanismos que geram satisfação ou desassistência é vital para o aprimoramento das políticas públicas (Esperidião; Viera-da-Silva, 2018).

Considerando que a integralidade é a "tônica" da prestação de serviços no SUS e que a MFC é o seu pilar operacional, justifica-se a realização desta revisão para identificar as lacunas existentes entre a teoria acadêmica e a prática nos serviços (Rede de Pesquisa em APS, 2022). Este estudo busca fornecer subsídios para preceptores, docentes e gestores na busca por uma assistência mais resolutiva e humanizada (Arnemann et al., 2018).

Diante das lacunas identificadas entre o arcabouço doutrinário do SUS e a realidade dos serviços, esta revisão sistemática tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre a operacionalização da integralidade na Medicina de Família e Comunidade no Brasil, com ênfase na identificação dos desafios formativos e dos entraves assistenciais que permeiam o cotidiano das equipes de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui-se como uma revisão sistemática da literatura, configurando-se como um estudo secundário que aplica um método rigoroso, transparente e replicável para identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre a operacionalização da integralidade na Medicina de Família e Comunidade no Brasil. O percurso metodológico foi delineado para responder à lacuna existente entre o arcabouço doutrinário do Sistema Único de Saúde e a realidade cotidiana das práticas assistenciais e formativas nas equipes de Saúde da Família.

Para a estruturação da questão de pesquisa e o direcionamento das buscas, utilizou-se a estratégia PECO, modelo consagrado para revisões que envolvem estudos de natureza

observacional e qualitativa (Richardson et al., 1995; Brasil, 2014). A estrutura foi definida da seguinte forma: o componente P (População) compreende as equipes de Saúde da Família e profissionais da Medicina de Família e Comunidade no cenário brasileiro; o componente E (Exposição) refere-se às estratégias de implementação do princípio da integralidade e aos processos de formação acadêmica e profissional; o componente C (Comparador) diz respeito ao modelo biomédico tradicional ou à ausência de práticas de cuidado integral; e o componente O (Outcome/Desfecho) foca na identificação dos desafios formativos, dos principais obstáculos assistenciais e das potencialidades para a efetivação do cuidado (Brasil, 2014)

Os critérios de elegibilidade foram estabelecidos previamente para garantir a imparcialidade na seleção. Foram incluídos artigos originais, ensaios teóricos e relatos de experiência publicados no período compreendido entre 2015 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem diretamente o contexto da atenção primária brasileira. A seleção priorizou estudos que discutissem a integralidade em suas dimensões organizacional, assistencial e formativa, abrangendo temas como humanização, formação interprofissional, gestão de redes de atenção e o cuidado a populações específicas. Foram excluídos estudos que não apresentassem relação direta com o Sistema Único de Saúde ou que abordassem a integralidade de forma meramente técnica e procedimental, sem reflexão sobre o modelo de atenção à saúde.

A estratégia de busca envolveu a consulta às principais bases de dados eletrônicas do cenário da saúde pública, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed/MEDLINE e LILACS. Foram utilizados descritores controlados e termos de linguagem livre, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Os termos de busca incluíram variações de "Integralidade em Saúde", "Medicina de Família e Comunidade", "Atenção Primária à Saúde" e "Brasil". Complementarmente, realizou-se a busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados e a consulta a documentos oficiais e literatura cinzenta para minimizar o risco de viés de publicação.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em duas fases independentes, realizadas por uma dupla de revisores. Na fase inicial, procedeu-se à triagem dos títulos e resumos das referências recuperadas, descartando-se aquelas que não cumpriam os critérios de inclusão. Na segunda fase, os artigos selecionados foram lidos na íntegra para a confirmação final da elegibilidade. Em caso de discordância entre os revisores, a decisão foi tomada por consenso ou por intermédio de um terceiro revisor.

Para a extração e síntese dos dados, utilizou-se um formulário padronizado que permitiu coletar informações sobre a identificação do estudo, o delineamento metodológico, as



dimensões da integralidade abordadas e os principais nós críticos identificados na formação e na assistência. A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos foi conduzida com base em ferramentas adequadas para cada tipo de desenho de estudo, garantindo a fidedignidade dos achados sintetizados. Os dados foram analisados de forma qualitativa e descritiva, sendo agrupados em categorias temáticas que refletem os desafios entre a formação e a prática na Medicina de Família e Comunidade.

RESULTADOS

Fluxo de Seleção e Caracterização dos Estudos Incluídos

O processo de seleção das evidências, conduzido conforme as recomendações para revisões sistemáticas de estudos observacionais e qualitativos, resultou na inclusão de 25 estudos primários que analisam a operacionalização da integralidade na Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil (Rede de Pesquisa em APS, 2022). A busca recuperou inicialmente um conjunto robusto de referências, das quais, após a remoção de duplicatas e a triagem criteriosa por título e resumo, foram selecionados 25 documentos para leitura integral que atendiam aos componentes da estratégia PECO.

As características individuais das evidências incluídas estão sistematizadas na Tabela 1 (Características dos Estudos), que descreve o local, o período de recrutamento, o delineamento metodológico e a população-alvo de cada investigação. O corpus é composto majoritariamente por publicações do período entre 2015 e 2024, abrangendo todas as regiões do território nacional (Carnut, 2017). Observou-se uma predominância de abordagens qualitativas e ensaios teóricos focados na polissemia da integralidade, além de estudos de caso e relatos de experiência voltados para a avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Mattos, 2009; Silva; Dalbello-Araujo, 2020). Tais investigações privilegiam o uso de metodologias ativas e da problematização para a análise da assistência e da gestão do cuidado em cenários reais da Estratégia Saúde da Família (Santos et al., 2021; Monteiro et al., 2019).

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Referência (Autor, Ano)	Delineamento Metodológico	Cenário/População	Foco Temático Principal
Arnemann et al., 2018	Qualitativo / Relato	Preceptoria de Residência	Interprofissionalidade e formação em serviço.
Ayres, 2019	Ensaio Teórico	Organização da APS	Modelos de atenção e cuidado integral.
Bernardo et al., 2020	Relato de Experiência	Residência Multiprofissional	Inovação no processo de trabalho assistencial.
Brasil, 2011	Documento Oficial	Nacional (SUS)	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Carnut, 2017	Ensaio Teórico	Atenção Primária no Brasil	Articulação entre cuidado e gestão.
Carvalho & Hennington, 2015	Revisão Integrativa	Formação Universitária	Abordagem do envelhecimento no currículo.
Costa et al., 2019	Qualitativo	Medicina e Enfermagem	Educação interprofissional na graduação.
Dantas et al., 2017	Descritivo	Idosos / Atenção Domiciliar	Desafios da assistência domiciliar integral.
Esperidião & Viera-da-Silva, 2018	Ensaio Teórico	Gestão e Avaliação	Satisfação do usuário e resolutividade.
Freire et al., 2019	Análise de Políticas	Formação em Saúde	Reorientação da formação profissional.
Kalichman & Ayres, 2016	Narrativa Conceitual	Tecnologias em Saúde	Contribuições conceituais para a integralidade.
Mattos, 2009	Ensaio Teórico	Cotidiano do SUS	Senses e valores da integralidade.
Mendes et al., 2019	Estudo Teórico / Livro	Atenção Primária à Saúde	Construção social e coordenação da rede.
Miranda et al., 2016	Revisão de Literatura	Envelhecimento Populacional	Consequências e desafios sociais futuros.
Monteiro et al., 2019	Revisão Integrativa	Residência Multiprofissional	Contribuições para os serviços de saúde.
Oliveira & Cruz, 2015	Estudo Teórico	Vigilância em Saúde	Avanços e entraves assistenciais.
Oliveira et al., 2021	Estudo Qualitativo	Rede de Atenção à Saúde	Fluxos de referência e contrarreferência.
Rede de Pesquisa em APS, 2022	E-book / Documento	Nacional (SUS)	Bases para uma APS integral e territorial.
Rodrigues & Sousa, 2023	Revisão de Escopo	Brasil e Portugal	Integralidade das práticas assistenciais.
Sánchez et al., 2015	Revisão de Literatura	Atenção à Saúde Bucal	Integralidade no cotidiano multiprofissional.
Santos et al., 2021	Relato / Met. Ativas	Unidade Básica de Saúde	Uso da problematização no processo de trabalho.
Silva & Dalbello-Araujo, 2020	Estudo de Caso/Revisão	Residência Multiprofissional	Potencialidades do ensino em serviço.
Silva et al., 2019	Ensaio Teórico	Cuidados de Saúde	Integralidade e necessidades sociais.
Silva et al., 2017	Estudo Qualitativo	Equipe Multidisciplinar	Sentidos preconizados versus sentidos vividos.
Tofani et al., 2022	Estudo Qualitativo	Rede de Urgência	Cuidado integral para além dos serviços.

Fonte: Elaborado pelos autores

Avaliação da Qualidade Metodológica e Risco de Viés

A avaliação da validade interna dos estudos incluídos, fundamentada nos critérios de transparência e rigor das diretrizes de relato, demonstrou uma alta robustez teórica na discussão dos sentidos atribuídos à integralidade no cotidiano do SUS (Mattos, 2009; Silva et al., 2019). Para os relatos de experiência e estudos de caso, a avaliação de qualidade identificou uma descrição precisa do processo de trabalho e das tecnologias de cuidado utilizadas, embora persista o risco de viés de generalização devido ao caráter locorregional e contextual dessas experiências (Esperidião; Viera-da-Silva, 2018; Arnemann et al., 2018).

As evidências focadas na gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e na coordenação do cuidado apresentaram maior rigor metodológico na identificação de variáveis organizacionais e entraves sistêmicos (Oliveira; Silva; Souza, 2021; Mendes et al., 2019). No entanto, um risco de viés moderado foi observado em estudos de natureza estritamente procedimental, que negligenciam a subjetividade dos usuários e os determinantes sociais da saúde na operacionalização do cuidado integral (Sánchez et al., 2015). De forma geral, a síntese qualitativa dos dados coletados através dos formulários de extração padronizados apresenta qualidade satisfatória para subsidiar as conclusões sobre os nós críticos na formação e na prática assistencial da MFC no Brasil (Rede de Pesquisa em APS, 2022; Rodrigues; Sousa, 2023).

A Operacionalização da Integralidade: Dimensões e Práticas de Cuidado

A operacionalização da integralidade na Medicina de Família e Comunidade (MFC) manifesta-se prioritariamente pela superação do modelo biomédico tradicional, fragmentado e centrado na doença (Ayres, 2019; Mattos, 2009). No corpus analisado, a materialização desse princípio ocorre por meio da aplicação de tecnologias leves, como o acolhimento e a clínica ampliada, que permitem organizar a assistência com base nas necessidades biopsicossociais e na singularidade dos sujeitos (Tofani et al., 2022; Carnut, 2017). As evidências qualitativas indicam que o estabelecimento de vínculos e a escuta qualificada são os mecanismos centrais para a apreensão de demandas que extrapolam a lógica restrita da "queixa-conduta" (Silva et al., 2019; Tofani et al., 2022).

Estratégias específicas de cuidado, como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o uso da metodologia da problematização, são identificadas nos estudos como ferramentas operacionais potentes para integrar as dimensões individuais, familiares e comunitárias na assistência (Kalichman; Ayres, 2016; Santos et al., 2021). Entretanto, os resultados reportam uma tensão persistente no cotidiano dos serviços entre o cuidado integral preconizado e a manutenção de práticas fragmentadas por categorias profissionais,

frequentemente impulsionadas por pressões de produtividade procedimental (Silva; Miranda; Andrade, 2017; Oliveira; Cruz, 2015).

No âmbito da gestão sistêmica, a operacionalização da integralidade é dependente da capacidade da equipe de MFC em exercer a coordenação do cuidado em rede (Mendes et al., 2019). Os achados destacam que a resolutividade das demandas dos usuários está diretamente vinculada à eficácia dos fluxos de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e os demais níveis de complexidade (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Em cenários de maior vulnerabilidade, como no cuidado à população idosa, a operacionalização exige ainda o fortalecimento da atenção domiciliar e a adoção de paradigmas baseados na funcionalidade e autonomia do sujeito (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Dantas et al., 2017).

Desafios Formativos: A Residência como Dispositivo de Mudança

A formação profissional emerge nas evidências como um dos principais nós críticos para a operacionalização da integralidade, uma vez que o modelo universitário tradicional ainda perpetua um paradigma fragmentado, especializado e biologizante (Carvalho; Hennington, 2015; Rodrigues; Sousa, 2023). Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família são identificadas como dispositivos estratégicos para a reorientação do processo de trabalho assistencial, atuando como um elo fundamental entre o arcabouço teórico acadêmico e a complexidade do cotidiano nos serviços (Bernardo et al., 2020; Silva; Dalbello-Araujo, 2020).

Os estudos demonstram que esses programas de pós-graduação *lato sensu* fortalecem a educação interprofissional, promovendo o compartilhamento de saberes que qualifica a assistência *in loco* e amplia o escopo de práticas das equipes de Saúde da Família (Monteiro et al., 2019; Costa; Azevedo; Vilar, 2019). A inserção do residente no território favorece a identificação de fragilidades assistenciais e o desenvolvimento de competências críticas para o manejo de determinantes sociais, superando a lógica da "queixa-conduta" (Bernardo et al., 2020; Silva; Dalbello-Araujo, 2020).

Entretanto, a integração ensino-serviço enfrenta entraves significativos, como a resistência de modelos hegemônicos de ensino e dificuldades institucionais na implementação de políticas de reorientação da formação (Freire et al., 2019). A literatura ressalta que o papel do preceptor é decisivo nesse processo; uma preceptoria qualificada e articulada com a interprofissionalidade é essencial para que o residente consiga problematizar a realidade e operacionalizar, de fato, o princípio da integralidade no cuidado à população (Arnemann et al., 2018).

Entraves Assistenciais e a Gestão do Cuidado em Rede

A efetivação do cuidado integral na MFC é obstruída pela fragmentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e pela ineficiência crônica dos mecanismos de regulação. As evidências destacam que as dificuldades nos fluxos de referência e contrarreferência impedem que a Atenção Primária exerça seu papel de coordenadora do cuidado, gerando gargalos assistenciais em níveis de maior complexidade (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Este cenário é agravado pela precarização dos vínculos profissionais e pela burocratização da gestão, que privilegia a produtividade procedimental em detrimento da criação de vínculo e da longitudinalidade necessária para o acompanhamento dos usuários (Mendes et al., 2019; Oliveira; Cruz, 2015).

No cuidado a grupos específicos, como a população idosa, a ausência de suporte intersetorial e a fragilidade da atenção domiciliar evidenciam a distância entre as diretrizes teóricas de integralidade e a prática nos territórios (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Dantas et al., 2017). Os estudos indicam que, sem uma rede de apoio matricial robusta, o cuidado na MFC tende a recuar para um modelo atomizado, onde as necessidades subjetivas e sociais relatadas pelos usuários são negligenciadas em prol de intervenções puramente clínicas (Tofani et al., 2022; Silva et al., 2019).

DISCUSSÃO

Síntese Interpretativa e o Sentido da Integralidade na MFC

A interpretação das evidências demonstra que a integralidade na Medicina de Família e Comunidade (MFC) atua como o fio condutor fundamental para a materialização das diretrizes doutrinárias do SUS, indo além de uma simples organização de fluxos de acesso (Carnut, 2017). Os sentidos atribuídos a esse conceito nas práticas assistenciais brasileiras revelam uma polissemia que abrange desde a visão holística do indivíduo até a integração sistêmica das redes de atenção (Mattos, 2009; Rodrigues; Sousa, 2023). Observa-se que a operacionalização desse princípio no território não é apenas um imperativo administrativo, mas constitui um valor ético que orienta o processo de trabalho das equipes multidisciplinares para responder às necessidades sociais e subjetivas dos usuários (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Nesse cenário interpretativo, a prática da MFC no Brasil busca resgatar o ser humano através de um cuidado que se opõe sistematicamente à lógica da "intervenção pura", centrada no paradigma biomédico fragmentado e hospitalocêntrico (Ayres, 2019; Kalichman; Ayres, 2016). O cuidado na MFC é interpretado como uma tecnologia do encontro, mediada pelo vínculo e pelo acolhimento, elementos que permitem aos profissionais identificar demandas que extrapolam o componente biológico da doença (Tofani et al., 2022; Silva et al., 2019). Portanto, a integralidade ganha sentido quando as ações assistenciais conseguem articular o saber técnico com a experiência de vida do sujeito, promovendo uma clínica ampliada que

valoriza a autonomia do usuário em seu "modo de andar a vida" (Ayres, 2019; Sánchez et al., 2015).

Consequentemente, a discussão reforça que a integralidade não deve ser reduzida a uma "cesta básica de serviços", mas sim compreendida como a capacidade de coordenação do cuidado pela Atenção Primária (Rede de Pesquisa em APS, 2022). O sentido atribuído à prática integral na MFC exige que os profissionais atuem como articuladores de redes vivas de cuidado, onde a integração entre a clínica, a gestão e a intersetorialidade permita superar as barreiras de acesso e a despersonalização do atendimento (Tofani et al., 2022; Carnut, 2017). Esse paradigma interpretativo é essencial para compreender por que, apesar dos avanços normativos, a efetivação da integralidade ainda enfrenta resistências culturais e estruturais no cotidiano das unidades de saúde (Silva; Miranda; Andrade, 2017; Oliveira; Cruz, 2015).

Confronto com a Literatura: A Formação como Nó Crítico

A formação profissional é identificada nas evidências como um dos obstáculos estruturais mais persistentes para a efetivação da integralidade no SUS (Carvalho; Hennington, 2015; Rodrigues; Sousa, 2023). Esse cenário decorre do fato de o ensino superior em saúde ainda ser fortemente influenciado por um modelo fragmentado, especializado e excessivamente biologizante (Rodrigues; Sousa, 2023). A literatura sugere que, enquanto a formação acadêmica não transbordar os limites do hospitalocentrismo, a integralidade permanecerá como um conceito abstrato e distante da operacionalização no território (Carvalho; Hennington, 2015; Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Para contrapor essa fragmentação, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família emergem como estratégias potentes de reorientação, promovendo uma aprendizagem significativa que conecta o ensino, o serviço e a comunidade (Bernardo et al., 2020; Monteiro et al., 2019; Silva; Dalbello-Araujo, 2020). Os achados corroboram a tese de que a educação interprofissional vivenciada nesses programas qualifica a assistência *in loco*, favorecendo o compartilhamento de saberes entre as categorias profissionais (Bernardo et al., 2020; Costa; Azevedo; Vilar, 2019). Essa integração ensino-serviço é fundamental para gerar um perfil de egresso com competências críticas para o manejo de situações complexas na Atenção Primária, reconhecendo os direitos de cidadania dos sujeitos (Monteiro et al., 2019; Rodrigues; Sousa, 2023).

Nesse processo de mudança paradigmática, o papel do preceptor é apontado como decisivo, pois uma preceptoria qualificada permite ao residente problematizar a realidade do serviço e dar materialidade ao cuidado integral (Arnemann et al., 2018; Silva; Dalbello-Araujo, 2020). Contudo, a literatura também alerta para as dificuldades institucionais e resistências

culturais de modelos de ensino hegemônicos que dificultam a reorientação formativa (Freire et al., 2019). Portanto, a superação desse nó crítico exige não apenas mudanças curriculares, mas o fortalecimento de vínculos estáveis nos serviços que garantam a sustentabilidade de práticas integradas (Arnemann et al., 2018; Silva; Dalbello-Araujo, 2020).

Mecanismos de Fragmentação: Gestão, Redes e Determinantes Sociais

A desarticulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a ineficiência dos mecanismos de regulação constituem barreiras estruturais que impedem a continuidade do cuidado na Medicina de Família e Comunidade (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Falhas crônicas nos fluxos de referência e contrarreferência relegam a Atenção Primária a um papel de porta de entrada estanque, o que dificulta a coordenação assistencial necessária para a integralidade. Essa fragmentação sistêmica é agravada por modelos de gestão que privilegiam a produtividade procedimental em detrimento da escuta qualificada das necessidades subjetivas dos usuários (Oliveira; Cruz, 2015; Mendes et al., 2019).

Ao priorizar a lógica restrita da "queixa-conduta", o sistema de saúde frequentemente negligencia os determinantes sociais, resultando em intervenções clínicas que não dialogam com a complexidade do território (Silva et al., 2019; Tofani et al., 2022). No cuidado à população idosa, especificamente, a ausência de suporte intersetorial e a fragilidade da atenção domiciliar evidenciam o distanciamento entre as diretrizes doutrinárias e a prática vivida pelas equipes (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Dantas et al., 2017). Portanto, a superação desses entraves exige a implementação de tecnologias de matriciamento e o fortalecimento de vínculos interprofissionais que consigam mitigar os efeitos da burocratização da gestão (Arnemann et al., 2018; Silva; Miranda; Andrade, 2017). Enquanto o sistema não articular o saber técnico com a experiência de vida e a autonomia do sujeito, a integralidade permanecerá como uma norma com baixa aplicabilidade prática no cotidiano da MFC (Ayres, 2019; Sánchez et al., 2015).

Aplicabilidade das Evidências e Implicações para o SUS

A aplicabilidade das evidências sintetizadas demonstra que a efetivação da integralidade na Medicina de Família e Comunidade (MFC) qualifica o cuidado e fortalece a legitimidade do SUS como sistema universal (Rede de Pesquisa em APS, 2022; Brasil, 2011). Estratégias de humanização e acolhimento funcionam como ferramentas operacionais potentes que elevam a satisfação do usuário e a resolutividade das ações no território (Esperidião; Viera-da-Silva, 2018; Sánchez et al., 2015). O fortalecimento do vínculo e o uso de tecnologias leves permitem que a Atenção Primária cumpra seu papel de ordenadora da rede, mitigando a despersonalização e a fragmentação inerentes ao modelo assistencial hegemônico (Ayres, 2019; Tofani et al.,

2022). A problematização do processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família emerge como um mecanismo de gestão indispensável para alinhar a oferta de serviços às reais necessidades sociais da população (Santos et al., 2021).

A incorporação dos conceitos de clínica ampliada e cuidado de si permite que os profissionais desenvolvam abordagens que promovem a autonomia e a corresponsabilização dos sujeitos, superando a lógica restrita da produtividade procedimental (Silva et al., 2019; Kalichman; Ayres, 2016). Essas práticas dão materialidade ao direito à saúde, transformando o encontro clínico em um espaço de produção de subjetividade e cidadania (Rodrigues; Sousa, 2023; Carnut, 2017). Para que essas evidências se traduzam em mudanças sustentáveis, é imperativo que as políticas públicas garantam a estabilidade dos vínculos profissionais e a integração real dos fluxos assistenciais (Mendes et al., 2019; Oliveira; Silva; Souza, 2021). A aplicabilidade do cuidado integral depende de uma gestão que suporte o trabalho interprofissional e o matriciamento, evitando que a integralidade permaneça confinada a experiências isoladas sem impacto na estrutura da rede (Arnemann et al., 2018; Silva; Miranda; Andrade, 2017). Portanto, as implicações para o sistema residem na necessidade de consolidar a APS como um pilar robusto, capaz de articular a complexidade técnica com a dimensão humana do cuidar (Rede de Pesquisa em APS, 2022; Ayres, 2019).

Pontos Fortes e Limitações da Revisão

A principal fortaleza desta revisão sistemática reside no rigor metodológico aplicado à seleção de evidências que capturam a última década de transformações na Atenção Primária brasileira (Rede de Pesquisa em APS, 2022). A análise de um corpus bibliográfico concentrado entre 2015 e 2024 permitiu identificar os reflexos das mudanças normativas e políticas no cotidiano da Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2011; Carnut, 2017). Além disso, a inclusão de estudos que discutem a formação interprofissional e as residências multiprofissionais confere a este trabalho uma visão abrangente, que conecta o aporte teórico acadêmico à realidade prática dos serviços de saúde (Silva; Dalbello-Araujo, 2020; Monteiro et al., 2019).

No entanto, o estudo apresenta limitações importantes, como o risco de viés de generalização, uma vez que grande parte da literatura incluída baseia-se em relatos de experiência e estudos de caso de caráter locorregional (Esperidião; Viera-da-Silva, 2018; Arnemann et al., 2018). Outra fronteira identificada refere-se à polissemia do conceito de integralidade adotado pelos diferentes autores, cujas diversas interpretações teóricas dificultam a construção de uma síntese unívoca sobre a operacionalização assistencial (Mattos, 2009; Rodrigues; Sousa, 2023). Apesar dessas limitações, a revisão cumpre seu papel de sintetizar os

nós críticos e as estratégias exitosas, oferecendo subsídios para que gestores e preceptores possam repensar o processo de trabalho na MFC (Arnemann et al., 2018; Santos et al., 2021). A identificação da lacuna entre o preconizado e o vivido reforça a necessidade de futuras pesquisas que utilizem indicadores de resolutividade como medidas diretas da efetivação da integralidade nos territórios (Silva; Miranda; Andrade, 2017; Oliveira; Cruz, 2015).

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática permitiu concluir que a operacionalização da integralidade na Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil é um processo em constante construção, tensionado entre o arcabouço doutrinário do SUS e as limitações cotidianas dos serviços. O estudo atingiu seu objetivo ao identificar que os principais obstáculos para o cuidado integral residem na persistência de modelos de formação biologicistas e na fragmentação sistêmica das redes de atenção. Por outro lado, as evidências demonstram que o uso de tecnologias leves, o fortalecimento do vínculo e a expansão das Residências Multiprofissionais constituem as estratégias mais eficazes para a reorientação do modelo assistencial em direção à clínica ampliada e à autonomia dos sujeitos.

Para a qualificação da assistência na Atenção Primária, é fundamental que a gestão do cuidado transcenda a métrica da produtividade procedimental e priorize a longitudinalidade e a escuta qualificada das necessidades sociais dos usuários. A implementação prática da integralidade exige o fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, garantindo que a APS exerça, de fato, sua função de coordenadora da rede assistencial. No âmbito das equipes, a adoção de Projetos Terapêuticos Singulares e estratégias de matriciamento é imperativa para superar o isolamento profissional e oferecer respostas resolutivas à complexidade dos problemas de saúde, especialmente em grupos vulneráveis como a população idosa. Além disso, a estabilidade dos vínculos profissionais e a fixação das equipes nos territórios emergem como condições organizacionais sine qua non para a sustentabilidade do cuidado integral e humanizado.

Diante das lacunas identificadas, as futuras investigações acadêmicas devem focar na construção e validação de indicadores qualitativos que capturem a resolutividade assistencial sob a ótica da satisfação do usuário e da efetivação de direitos. É necessário aprofundar estudos sobre o impacto das políticas de reorientação da formação na fixação de profissionais em áreas remotas e na mudança real das práticas clínicas no longo prazo. Recomenda-se, ainda, a realização de pesquisas que utilizem desenhos metodológicos capazes de comparar a eficácia de diferentes arranjos de gestão da clínica na mitigação das iniquidades em saúde e na garantia do acesso integral em todas as regiões do território brasileiro.

REFERENCIAS

- ARNEMANN, Cristiane T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1.635-1.646, 2018. Suplemento 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Db4nq7VD8KbHxRQmzqT5Cbp/>. Acesso em: 12 maio 2026.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/>. Acesso em: 05 jun. 2026.
- BERNARDO, Mariana S. et al. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 20 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 jun. 2026.
- CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1.177-1.185, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 22 maio 2026.
- CARVALHO, C. R. A.; HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 417-431, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/>. Acesso em: 30 jun. 2026.
- COSTA, Marcelo V.; AZEVEDO, George D.; VILAR, Maria J. P. Aspectos institucionais para a adoção da educação interprofissional na formação em enfermagem e medicina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 64-76, ago. 2019. Especial 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 14 maio 2026.
- DANTAS, I. C. et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos>. Acesso em: 08 jun. 2026.
- ESPERIDIÃO, M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 331-340, 2018. Acesso em: 10 maio 2026.
- FREIRE, José R. et al. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 86-96, ago. 2019. Especial 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 25 jun. 2026.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle

in the SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Acesso em: 03 maio 2026.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2009. p. 43-68. Acesso em: 19 maio 2026.

MENDES, Eugenio V. et al. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: Conass, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>. Acesso em: 11 jun. 2026.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Acesso em: 28 maio 2026.

MONTEIRO, Michelle S. F. et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 24, n. 24, p. 1-9, jun. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/>. Acesso em: 02 jun. 2026.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015. Acesso em: 15 maio 2026.

OLIVEIRA, Cleise C. R. B.; SILVA, Elaine A. L.; SOUZA, Mariluce K. B. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021. Acesso em: 06 jun. 2026.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS). **Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e posições**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. E-book. Acesso em: 21 maio 2026.

RODRIGUES, Mariana R.; SOUSA, Maria F. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 242-252, jan./mar. 2023. Acesso em: 17 jun. 2026.

SANCHÉZ, H. F. et al. Integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 201-214, 2015. Acesso em: 29 maio 2026.

SANTOS, Amanda K. C. et al. O uso da metodologia da problematização na análise de uma unidade básica de saúde da família no contexto da pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 6.250-6.264, mar. 2021. Acesso em: 04 jun. 2026.

SILVA, Cinthia A.; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1.240-1.258, 2020. Acesso em: 23 maio 2026.



SILVA, Luiz A. et al. Reflexões sobre noções de integralidade e necessidades sociais em cuidados de saúde. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 19, n. 37, p. 98-103, 2019. Acesso em: 13 jun. 2026.

SILVA, Marcos V. S.; MIRANDA, Gilza B. N.; ANDRADE, Marcieni A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017. Acesso em: 07 maio 2026.

TOFANI, L. F. N. et al. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210690, 2022. Acesso em: 24 jun. 2026.