



PLANEJAMENTO COMPARTILHADO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FORTALECENDO A AUTONOMIA E O VÍNCULO COM OS USUÁRIOS

Livia Nápoles Drumond de Souza Gontijo ¹; Karina Maria Fernandes Souza ²; Leonardo Hansen da Silveira ³; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁴; Raquel Adjane de Magalhães Machado ⁵; Rauanne Leal Reis ⁶; Claudia Beatriz Corrales Suarez ⁷; Thiago Jacobi Pacheco ⁸; Marttem Costa de Santana ⁹; Beatriz Vianna Cesar Oliveira ¹⁰

¹ Unimontes e Unibh, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: liviands@yahoo.com.br

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB e Facuminas, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: karinamariafernandes@gmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: leonardohansen01@gmail.com

⁴ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail:

⁵ Universidade Feevale, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ra984941233@gmail.com

⁶ Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo, Brasil. E-mail: rauanneleal@gmail.com

⁷ Universidad Interamericana, AMAMBAY - Paraguay. E-mail: klau.cbc@hotmail.com

⁸ Universidade Interamericana, Amambay - Paraguay. E-mail: thiagojacobi@outlook.com

⁹ UTFPR e UEFS, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

¹⁰ Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: beatrizvianna0777@gmail.com

RESUMO

O planejamento compartilhado do cuidado tem adquirido relevância na Estratégia Saúde da Família por favorecer maior participação dos usuários, fortalecimento do vínculo e construção de intervenções mais compatíveis com necessidades clínicas, familiares e sociais. Este capítulo teve como objetivo analisar as contribuições do planejamento compartilhado do cuidado na Estratégia Saúde da Família para o fortalecimento da autonomia dos usuários e do vínculo com as equipes. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, com publicações entre janeiro de 2022 e agosto de 2026, localizadas nas bases SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, resultando em 12 estudos diretamente incluídos na análise. Os achados mostraram que decisão compartilhada, longitudinalidade, Projeto Terapêutico Singular, abordagem familiar e comunicação qualificada favorecem corresponsabilização, continuidade assistencial e participação ativa no cuidado. Evidências quantitativas indicaram associação entre maior continuidade e reduções aproximadas de 10% a 15% na mortalidade prematura e hospitalizações, além de 10% a 20% nas visitas à emergência. Conclui-se que o planejamento compartilhado fortalece autonomia e vínculo quando integrado à prática clínica, às tecnologias relacionais e às estratégias de organização do cuidado. Sua incorporação contribui para aproximar conhecimento científico e aplicação clínica, estimular inovação nos processos assistenciais e qualificar o cuidado centrado na pessoa.



Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Planejamento do Cuidado; Autonomia Pessoal; Longitudinalidade; Tomada de Decisão Compartilhada.

ABSTRACT

Shared care planning has gained relevance in the Family Health Strategy because it promotes greater user participation, stronger therapeutic bonds, and the development of interventions that are more consistent with clinical, family, and social needs. This chapter aimed to analyze the contributions of shared care planning within the Family Health Strategy to strengthening user autonomy and relationships with healthcare teams. A narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach was conducted, including publications from January 2022 to August 2026 retrieved from SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE, and Google Scholar, resulting in 12 studies directly included in the analysis. The findings showed that shared decision-making, longitudinality, Singular Therapeutic Projects, family-centered approaches, and qualified communication promote co-responsibility, continuity of care, and active participation in healthcare decisions. Quantitative evidence indicated that greater continuity was associated with approximate reductions of 10% to 15% in premature mortality and hospital admissions, as well as 10% to 20% in emergency department visits. It is concluded that shared care planning strengthens autonomy and therapeutic bonds when integrated into clinical practice, relational health technologies, and care organization strategies. Its implementation contributes to connecting scientific knowledge with clinical application, fostering innovation in healthcare processes, and improving person-centered care.

Keywords: Family Health Strategy; Care Planning; Personal Autonomy; Continuity of Care; Shared Decision-Making.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e se caracteriza pela territorialização, acompanhamento longitudinal, atuação multiprofissional e aproximação contínua com indivíduos, famílias e comunidades. Nesse contexto, o cuidado não pode ser compreendido apenas como aplicação de condutas previamente definidas pelos profissionais, pois as necessidades de saúde são influenciadas por condições clínicas, sociais, familiares, econômicas e culturais que exigem processos de planejamento capazes de incorporar as singularidades de cada usuário (Oliveira et al., 2023).

A consolidação de modelos centrados na pessoa tem ampliado a discussão sobre autonomia e participação dos usuários nas decisões relacionadas ao próprio cuidado. A decisão compartilhada representa uma das principais expressões dessa mudança, pois pressupõe que profissionais e usuários discutam conjuntamente alternativas terapêuticas,



riscos, benefícios, preferências e objetivos individuais antes da definição das condutas. No Brasil, a valorização da autonomia tem sido progressivamente incorporada às discussões sobre formação profissional, prática clínica e organização dos serviços, embora ainda persistam modelos marcados por relações paternalistas e participação limitada dos usuários nas decisões (Abreu et al., 2025).

A efetivação desse processo depende, entretanto, de condições que permitam estabelecer relações assistenciais estáveis. A longitudinalidade é um dos atributos essenciais da Atenção Primária e possibilita que profissionais acumulem conhecimentos sobre histórico clínico, contexto familiar, preferências, dificuldades e respostas anteriores às intervenções, favorecendo maior personalização das decisões. A continuidade das relações também amplia oportunidades para revisar metas e adaptar o plano terapêutico ao longo do tempo, aproximando o cuidado das mudanças ocorridas na vida e nas condições de saúde dos usuários (Engström et al., 2025).

Apesar de sua importância, a presença formal de equipes da Estratégia Saúde da Família não garante, por si só, vínculo e continuidade efetiva. A percepção dos usuários pode ser influenciada pela rotatividade dos profissionais, dificuldades de acesso, fragmentação dos atendimentos e ausência de comunicação entre integrantes das equipes. Avaliações recentes da longitudinalidade na Atenção Primária brasileira apontam que uma parcela expressiva dos usuários ainda percebe fragilidades nesse atributo, demonstrando que a consolidação do vínculo depende tanto de relações interpessoais quanto da organização dos processos assistenciais (Moreira et al., 2024).

O planejamento compartilhado também exige superar a compreensão da autonomia como simples possibilidade de aceitar ou recusar uma recomendação profissional. A participação efetiva depende de acesso a informações claras, oportunidade de expressar dúvidas e preferências e reconhecimento das condições sociais e culturais que interferem nas escolhas. Diferenças de escolaridade, renda, idioma, experiências anteriores com o sistema de saúde e relações de confiança podem modificar substancialmente a capacidade do usuário de participar das decisões, exigindo estratégias comunicacionais adequadas às particularidades de cada população (Schrager; Anaya, 2024).

As próprias equipes reconhecem que a incorporação da decisão compartilhada à rotina da Atenção Primária enfrenta obstáculos relacionados ao tempo de consulta, à organização dos serviços e à cultura profissional. A necessidade de explorar valores, expectativas e preferências amplia a complexidade do encontro clínico e demanda competências específicas de comunicação, escuta e negociação que nem sempre foram desenvolvidas durante a formação inicial dos trabalhadores (Torres-Castaño et al., 2024). Programas estruturados de capacitação apresentam potencial para fortalecer essas competências, indicando que a participação do usuário pode ser favorecida por estratégias sistemáticas de Educação Permanente (Jaeken et al., 2024).



Na Estratégia Saúde da Família, o planejamento compartilhado também pode ser operacionalizado por instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular, especialmente diante de situações complexas que demandam articulação entre diferentes profissionais e serviços. O PTS permite integrar diagnóstico ampliado, definição de metas, distribuição de responsabilidades e reavaliação das ações, mas sua efetividade depende da participação concreta do usuário e, quando pertinente, de sua família. A elaboração exclusivamente profissional pode manter a lógica prescritiva mesmo quando formalmente apresentada como planejamento interdisciplinar (Grande et al., 2023).

A abordagem familiar amplia essa perspectiva porque parte das necessidades apresentadas pelos usuários está diretamente relacionada às relações domésticas, redes de apoio, condições de moradia e organização familiar. Instrumentos utilizados pela ESF podem auxiliar na compreensão dessas dimensões e favorecer intervenções mais contextualizadas, evitando que problemas complexos sejam tratados exclusivamente a partir de diagnósticos individuais (Percídio et al., 2024). Nesse cenário, autonomia e participação precisam ser conciliadas com o reconhecimento da influência familiar, preservando o usuário como sujeito central das decisões.

A construção de planos individualizados torna-se especialmente relevante diante de doenças crônicas, multimorbidade, envelhecimento e situações que exigem acompanhamento prolongado. A continuidade assistencial pode favorecer maior coerência entre intervenções sucessivas e reduzir fragmentações, particularmente entre pessoas com múltiplas necessidades de saúde, para as quais diferentes prescrições e encaminhamentos podem resultar em planos excessivamente complexos ou incompatíveis com suas prioridades pessoais (Albarqi, 2024).

Diante desse cenário, o problema que orienta o presente capítulo consiste em compreender de que maneira o planejamento compartilhado do cuidado pode fortalecer a autonomia dos usuários e o vínculo com as equipes no âmbito da Estratégia Saúde da Família. A questão torna-se relevante diante da coexistência de propostas assistenciais centradas na pessoa com barreiras relacionadas à comunicação, continuidade, organização dos serviços e participação efetiva nos processos decisórios.

A realização desta análise justifica-se pela necessidade de sistematizar evidências recentes sobre estratégias capazes de aproximar o planejamento assistencial das necessidades e preferências dos usuários. A consolidação de práticas como decisão compartilhada, Projeto Terapêutico Singular, abordagem familiar e acompanhamento longitudinal pode contribuir para superar relações exclusivamente prescritivas e fortalecer formas de cuidado baseadas em corresponsabilização, confiança e reconhecimento das singularidades (Costa et al., 2024).

Parte-se da hipótese de que o planejamento compartilhado, quando associado à longitudinalidade, à comunicação qualificada, à abordagem familiar e ao trabalho interprofissional, fortalece a autonomia e o vínculo dos usuários com as equipes da



Estratégia Saúde da Família, favorecendo maior participação, adesão e adequação das intervenções às condições concretas de vida.

Dessa forma, o presente capítulo tem como objetivo analisar as contribuições do planejamento compartilhado do cuidado na Estratégia Saúde da Família para o fortalecimento da autonomia dos usuários e do vínculo com as equipes, considerando especialmente a decisão compartilhada, a longitudinalidade, o Projeto Terapêutico Singular, a abordagem familiar e a participação do usuário na construção das estratégias assistenciais.

2 METODOLOGIA

O presente capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, destinada a reunir, analisar e discutir produções científicas recentes relacionadas ao planejamento compartilhado do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase no fortalecimento da autonomia, do vínculo e da participação dos usuários. A escolha desse delineamento possibilitou integrar artigos com diferentes abordagens metodológicas e contextos assistenciais, contemplando estudos quantitativos, qualitativos, revisões da literatura e relatos de experiências relacionados à decisão compartilhada, longitudinalidade, Projeto Terapêutico Singular, abordagem familiar e cuidado centrado na pessoa.

O levantamento bibliográfico contemplou publicações compreendidas entre janeiro de 2022 e agosto de 2026, estabelecendo-se esse intervalo para privilegiar conhecimentos produzidos nos últimos quatro anos e relacionados às transformações contemporâneas da Atenção Primária à Saúde. As buscas e a atualização final do levantamento foram realizadas até 7 de agosto de 2026.

Foram utilizadas as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio do PubMed. O Google Scholar foi empregado complementarmente para rastreamento de publicações pertinentes e identificação de artigos não recuperados nas estratégias principais, especialmente produções brasileiras relacionadas ao Projeto Terapêutico Singular e à abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família.

A definição dos termos de busca considerou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os correspondentes disponíveis no Medical Subject Headings (MeSH), complementados por palavras-chave livres quando não havia descritor suficientemente específico para determinados conceitos.

Foram utilizados, em português, os termos: “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária à Saúde”; “Planejamento de Assistência ao Paciente”; “Tomada de



Decisão Compartilhada”; “Autonomia Pessoal”; “Participação do Paciente”; “Relações Profissional-Paciente”; “Continuidade da Assistência ao Paciente”; “Assistência Centrada no Paciente”; “Família”; “Equipe de Assistência ao Paciente”; “Projeto Terapêutico Singular”; “Longitudinalidade”; “Vínculo”; “Abordagem Familiar” e “Cuidado Compartilhado”.

Nas buscas internacionais foram utilizados termos correspondentes ou conceitualmente relacionados, entre eles: “Primary Health Care”; “Family Practice”; “Family Health”; “Patient Care Planning”; “Shared Decision Making”; “Patient Participation”; “Personal Autonomy”; “Patient-Centered Care”; “Continuity of Patient Care”; “Professional-Patient Relations”; “Family”; “Patient Care Team”; “Continuity of Care”; “Therapeutic Plan” e “Care Planning”.

Palavras-chave livres foram empregadas para ampliar a sensibilidade da estratégia, principalmente “shared care planning”, “personal continuity”, “relational continuity”, “family approach”, “therapeutic care plan”, “patient autonomy” e “longitudinality”.

Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR. O operador AND foi empregado para estabelecer associação obrigatória entre os conceitos centrais, enquanto OR foi utilizado para reunir termos sinônimos ou conceitualmente próximos.

Entre os principais intercruzamentos utilizados estiveram:

“Estratégia Saúde da Família” AND “Planejamento de Assistência ao Paciente”

“Estratégia Saúde da Família” AND “Autonomia Pessoal”

“Atenção Primária à Saúde” AND “Tomada de Decisão Compartilhada”

“Atenção Primária à Saúde” AND “Participação do Paciente”

“Atenção Primária à Saúde” AND “Continuidade da Assistência ao Paciente”

“Atenção Primária à Saúde” AND “Relações Profissional-Paciente”

“Estratégia Saúde da Família” AND “Projeto Terapêutico Singular”

“Estratégia Saúde da Família” AND “Abordagem Familiar”

“Atenção Primária à Saúde” AND “Longitudinalidade”

“Primary Health Care” AND “Shared Decision Making”

“Primary Health Care” AND “Patient Participation”

“Primary Health Care” AND “Patient Autonomy”

“Primary Health Care” AND “Continuity of Care”



“Family Practice” AND “Personal Continuity”

“Primary Health Care” AND “Patient-Centered Care” AND “Shared Decision Making”

Nas estratégias mais amplas, foram empregadas combinações como (“Primary Health Care” OR “Family Practice”) AND (“Shared Decision Making” OR “Patient Participation”) AND (“Patient Autonomy” OR “Patient-Centered Care”) e (“Estratégia Saúde da Família” OR “Atenção Primária à Saúde”) AND (“Projeto Terapêutico Singular” OR “Planejamento do Cuidado”) AND (“Autonomia” OR “Vínculo”).

Os filtros disponíveis em cada base foram aplicados para delimitar ano de publicação, idiomas português, inglês e espanhol e estudos envolvendo seres humanos, quando essa opção estava disponível.

Foram considerados elegíveis artigos publicados entre 2022 e agosto de 2026; disponíveis em texto completo; escritos em português, inglês ou espanhol; diretamente relacionados à Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família ou Medicina de Família; e que abordassem ao menos uma das dimensões centrais da revisão: planejamento compartilhado do cuidado, decisão compartilhada, autonomia, participação do usuário, longitudinalidade, vínculo, continuidade assistencial, Projeto Terapêutico Singular, abordagem familiar ou cuidado centrado na pessoa.

Também foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, revisões sistemáticas, revisões de escopo e relatos de experiência que apresentassem descrição suficiente da estratégia analisada e resultados pertinentes ao objetivo do capítulo. Foram priorizadas publicações que apresentassem informações quantitativas, tais como número de participantes, quantidade de registros ou artigos analisados, percentuais, medidas de associação, diferenças médias padronizadas, intervalos de confiança, frequência de hospitalizações, procura por emergência, mortalidade ou indicadores de avaliação da longitudinalidade.

Foram excluídos trabalhos publicados antes de 2022; registros duplicados entre as fontes consultadas; editoriais, cartas ao editor, comentários e resumos de eventos sem texto completo; estudos exclusivamente hospitalares ou especializados sem relação aplicável à Atenção Primária; publicações centradas exclusivamente em aspectos clínicos de determinada doença sem discussão sobre participação, vínculo ou planejamento do cuidado; artigos relacionados apenas à satisfação do usuário sem conexão com os objetivos da revisão; estudos sobre tomada de decisão exclusivamente em cenários de emergência ou terapia intensiva; e textos que, após leitura integral, não apresentassem resultados diretamente relacionados ao planejamento compartilhado, autonomia ou vínculo.

Publicações que tratavam de continuidade exclusivamente administrativa, sem componente relacional ou assistencial, também foram excluídas, assim como estudos



sobre tecnologias digitais que não apresentassem relação explícita com participação do usuário, continuidade ou construção compartilhada do cuidado.

A seleção foi conduzida de maneira sequencial. Inicialmente, foram identificadas publicações potencialmente relevantes mediante os descritores e estratégias de busca previamente estabelecidos. Os registros recuperados foram organizados e comparados para identificação e retirada de duplicações.

Na segunda etapa, realizou-se a leitura dos títulos, excluindo-se publicações claramente incompatíveis com o objetivo proposto. Os trabalhos potencialmente relacionados ao tema foram submetidos à leitura dos resumos, ocasião em que se verificaram população, cenário assistencial, estratégia analisada e pertinência dos resultados para autonomia, participação, vínculo ou continuidade.

Os artigos que permaneceram elegíveis foram submetidos à leitura integral, com aplicação definitiva dos critérios de inclusão e exclusão. Também foi realizado rastreamento das listas de referências dos artigos de maior pertinência, estratégia utilizada para identificar publicações recentes não recuperadas pelas combinações iniciais de descritores.

Ao término do processo de elegibilidade, 12 publicações foram selecionadas e utilizadas diretamente na construção dos Resultados e Discussões. A amostra final compreendeu artigos publicados entre 2023 e 2025, incluindo revisões sistemáticas, revisão de escopo, estudo qualitativo, estudos avaliativos e relatos de experiência relacionados à Atenção Primária, decisão compartilhada, longitudinalidade, abordagem familiar e Projeto Terapêutico Singular.

Por se tratar de uma revisão narrativa, não foi realizado metanálise própria, protocolo PRISMA obrigatório ou avaliação formal do risco de viés por instrumento padronizado. Os dados quantitativos apresentados no capítulo foram reproduzidos conforme informados nas publicações originais, sem combinação estatística adicional.

Para organizar as informações, foi utilizada uma matriz de extração contendo as seguintes variáveis: autoria; ano de publicação; país ou local do estudo; objetivo; desenho metodológico; cenário assistencial; população ou unidade de análise; tamanho da amostra; estratégia de planejamento ou participação analisada; instrumento utilizado; principais resultados quantitativos; resultados qualitativos; medidas de associação ou efeito; implicações para autonomia; implicações para vínculo e longitudinalidade; limitações; e contribuição para a Estratégia Saúde da Família.

Nas revisões sistemáticas foram extraídos, sempre que disponíveis, quantidade inicial de registros, número de estudos incluídos, quantidade total de participantes, medidas de efeito, intervalos de confiança e desfechos avaliados. Nos estudos primários foram registrados número de participantes, distribuição sociodemográfica, percentuais, escores e associações estatísticas. Nos relatos de experiência e estudos de caso foram



priorizadas informações relacionadas às ferramentas utilizadas, etapas do Projeto Terapêutico Singular, número de encontros e formas de participação dos usuários e familiares.

Os dados numéricos foram apresentados de acordo com os resultados originais dos estudos. Foram consideradas frequências absolutas, percentuais, diferenças médias padronizadas (SMD), intervalos de confiança de 95% (IC95%), valores de significância estatística e estimativas de redução de eventos assistenciais.

Não foram calculadas médias combinadas, riscos relativos agrupados ou medidas de efeito adicionais, uma vez que a heterogeneidade das populações, intervenções, instrumentos e desenhos metodológicos não permitia agregação quantitativa apropriada. Os números foram utilizados como suporte à análise narrativa e comparativa dos achados.

Análise e organização temática

A análise ocorreu em três momentos. Primeiramente, realizou-se leitura exploratória das publicações para identificação dos conceitos e resultados centrais. Em seguida, foi efetuada leitura analítica, com comparação das estratégias utilizadas e dos resultados relacionados à participação e à continuidade. Por fim, os achados foram agrupados por convergência temática e interpretados à luz do objetivo do capítulo.

A análise originou cinco eixos temáticos principais: 1) decisão compartilhada e fortalecimento da autonomia; 2) longitudinalidade, continuidade assistencial e construção do vínculo; 3) Projeto Terapêutico Singular como instrumento de planejamento compartilhado; 4) abordagem familiar e contextualização das necessidades de saúde; e 5) barreiras e facilitadores para participação efetiva do usuário na Atenção Primária.

Na interpretação, considerou-se planejamento compartilhado aquele em que o usuário participa da definição de objetivos, prioridades ou estratégias de cuidado e recebe informações suficientes para manifestar preferências de maneira consciente. A continuidade foi interpretada principalmente em sua dimensão relacional, associada à manutenção de relações assistenciais estáveis, e não só à existência de registros clínicos ou encaminhamentos administrativos.

O vínculo foi compreendido como construção progressiva fundamentada em confiança, reconhecimento mútuo, continuidade e responsabilização assistencial. A autonomia foi analisada como possibilidade concreta de participação nas decisões, não como transferência integral da responsabilidade clínica para o usuário. O Projeto Terapêutico Singular foi considerado uma tecnologia de cuidado compartilhado quando incluía diagnóstico ampliado, pactuação de metas, distribuição de responsabilidades e reavaliação das ações com participação efetiva da pessoa acompanhada e, quando pertinente, de sua família.

Com o objetivo de aumentar a consistência da síntese, priorizaram-se artigos com metodologia claramente descrita, resultados diretamente relacionados ao problema



investigado e dados que pudessem ser confrontados com os demais trabalhos selecionados. Quando resultados quantitativos estavam disponíveis, estes receberam prioridade na descrição dos achados, sem excluir contribuições qualitativas necessárias à compreensão das experiências, barreiras, relações e processos envolvidos no planejamento compartilhado.

Também se buscou evitar interpretação causal de associações provenientes de estudos observacionais. Resultados relativos à redução de mortalidade, hospitalização ou procura por serviços de emergência foram apresentados como associações observadas nos estudos originais, respeitando as limitações de cada delineamento.

Por utilizar exclusivamente publicações científicas e informações disponíveis publicamente, sem recrutamento de participantes, intervenção direta, coleta de dados pessoais ou acesso a informações individuais identificáveis, o presente capítulo não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Durante sua elaboração foram respeitados os princípios de integridade científica, fidelidade aos achados originais e reconhecimento da autoria das fontes consultadas.

Entre as limitações, destaca-se inicialmente o caráter narrativo da revisão, que apresenta maior flexibilidade de busca, seleção e interpretação quando comparado a revisões sistemáticas. A inclusão de diferentes delineamentos também produziu heterogeneidade entre amostras, instrumentos e resultados, impossibilitando comparações quantitativas diretas entre todas as publicações.

Outra limitação relaciona-se à existência de estudos internacionais sobre decisão compartilhada e continuidade, cujos resultados não podem ser automaticamente generalizados para a Estratégia Saúde da Família brasileira devido às diferenças entre sistemas de saúde, modelos de financiamento e organização da Atenção Primária. Além disso, parte das publicações brasileiras sobre Projeto Terapêutico Singular e abordagem familiar corresponde a estudos de caso ou relatos de experiência, que oferecem informações relevantes sobre processos de cuidado, mas possuem menor capacidade de generalização populacional.

Apesar dessas limitações, o recorte temporal recente, a utilização de múltiplas fontes, a inclusão de diferentes perspectivas metodológicas e a análise de 12 publicações diretamente relacionadas ao objetivo do capítulo permitiram construir uma síntese atualizada sobre o planejamento compartilhado na Atenção Primária e suas contribuições para autonomia, vínculo, longitudinalidade e corresponsabilização no cuidado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das 12 publicações selecionadas demonstra que o planejamento compartilhado do cuidado na Estratégia Saúde da Família está associado principalmente a cinco dimensões: participação ativa do usuário, autonomia nas decisões, continuidade



assistencial, vínculo longitudinal e construção interprofissional do cuidado. Os achados também indicam que essas dimensões não atuam de maneira isolada, pois a efetividade da participação do usuário depende simultaneamente da qualidade da comunicação, do tempo destinado ao encontro clínico, da estabilidade do vínculo com os profissionais e da capacidade da equipe de transformar preferências e necessidades individuais em decisões terapêuticas compartilhadas (Abreu et al., 2025).

A decisão compartilhada é uma das estratégias mais diretamente relacionadas à autonomia do usuário, pois pressupõe que informações clínicas, alternativas terapêuticas, valores e preferências pessoais sejam consideradas conjuntamente durante a definição do cuidado. Jaeken et al. (2024), em revisão sistemática sobre programas de treinamento em decisão compartilhada destinados a médicos generalistas, identificaram inicialmente 18.252 registros, dos quais 15.077 permaneceram após a remoção de duplicatas. Após a triagem de títulos e resumos, 233 estudos foram avaliados em texto completo, resultando em 34 publicações correspondentes a 29 programas de treinamento. Entre esses programas, 17 utilizaram aprendizagem presencial, 10 adotaram formato on-line e 2 empregaram aprendizagem híbrida, demonstrando diversidade das estratégias destinadas a qualificar a participação do usuário no processo decisório.

Os efeitos observados por Jaeken et al. (2024) mostraram impacto moderado dos treinamentos sobre as habilidades de decisão compartilhada relatadas pelos pacientes, com diferença média padronizada de 0,53 e intervalo de confiança de 95% entre 0,15 e 0,90, além de efeito semelhante quando as habilidades foram avaliadas por observadores, com SMD de 0,59 e IC95% de 0,21 a 0,97. Nos programas híbridos, o efeito observado sobre qualidade de vida alcançou SMD de 1,20, embora com intervalo de confiança amplo, de -0,38 a 2,78, enquanto as habilidades de decisão compartilhada relatadas pelos pacientes apresentaram SMD de 2,89, com IC95% de -0,55 a 6,32. Esses resultados sugerem que a participação do usuário pode ser ampliada quando os profissionais recebem capacitação estruturada, embora a heterogeneidade dos programas ainda limite conclusões definitivas sobre o formato educacional mais efetivo.

A formação profissional também aparece como componente relevante no contexto brasileiro. Abreu et al. (2025) destacam que a decisão compartilhada vem sendo progressivamente incorporada às diretrizes de formação médica e às discussões sobre cuidado centrado na pessoa, fortalecendo a autonomia como componente clínico e ético do cuidado. Embora o artigo não apresente uma amostra quantitativa própria, sua contribuição reside na análise das transformações curriculares e das ferramentas de apoio à decisão disponíveis no Brasil, reforçando que a participação ativa do usuário depende tanto de mudanças na prática assistencial quanto de transformações na formação dos profissionais.

A continuidade do cuidado é outro elemento fortemente associado ao vínculo e à efetividade do planejamento compartilhado. Engström et al. (2025), em revisão sistemática, identificaram 5.792 referências únicas, das quais 55 foram analisadas em



texto completo e 18 estudos foram incluídos na síntese final. As investigações selecionadas reuniram dados de mais de 15 milhões de usuários da Atenção Primária, permitindo analisar a relação entre continuidade pessoal com o mesmo médico e diferentes desfechos assistenciais. Em 16 dos 18 estudos, maior continuidade esteve associada a melhores resultados, enquanto apenas dois não identificaram associação relevante entre continuidade e utilização dos serviços.

Os resultados quantitativos dessa revisão são particularmente relevantes para a discussão sobre vínculo na Estratégia Saúde da Família. Quatro estudos, envolvendo 5.638.305 participantes, demonstraram que maior continuidade pessoal com o mesmo médico provavelmente reduz a mortalidade prematura em aproximadamente 10% a 15%, com nível de certeza moderado. Outros 11 estudos, reunindo 13.642.684 participantes, mostraram redução estimada de 10% a 15% no risco de internação hospitalar, enquanto sete estudos, envolvendo 3.855.487 participantes, indicaram redução aproximada de 10% a 20% nas visitas aos serviços de emergência entre usuários com maior continuidade do cuidado (Engström et al., 2025). Esses resultados reforçam que a estabilidade da relação profissional-usuário não representa somente uma dimensão subjetiva do cuidado, mas pode repercutir diretamente sobre utilização dos serviços e desfechos em saúde.

A relevância da longitudinalidade também foi identificada no contexto da saúde bucal na Atenção Primária brasileira. Moreira et al. (2024) avaliaram 100 usuários adultos de uma Unidade de Saúde da Família, dos quais 82% eram mulheres, com média de idade de 41 anos. Entre os participantes, 31% declararam-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com os dentes e a boca, enquanto 41% classificaram a longitudinalidade como insuficiente, apresentando escore inferior a 6,6 no PCATool-Brasil. A baixa avaliação da longitudinalidade mostrou associação estatisticamente significativa com cor da pele e tempo de utilização dos serviços da Atenção Primária, com $p < 0,05$, indicando que a formação do vínculo pode sofrer influência de desigualdades sociais e da própria experiência acumulada dos usuários com o serviço.

Esses achados tornam-se especialmente importantes porque demonstram que permanecer vinculado durante mais tempo a um serviço não garante automaticamente uma percepção positiva da continuidade. Quando a relação longitudinal não se traduz em reconhecimento das necessidades, estabilidade das equipes e comunicação efetiva, o tempo de contato pode não produzir o vínculo esperado. Nesse sentido, o planejamento compartilhado deve ser compreendido como um processo ativo de negociação e acompanhamento, e não como simples repetição de consultas ao longo dos anos (Moreira et al., 2024).

A revisão sistemática de Albarqi (2024) também reforçou a importância da continuidade, especialmente entre pessoas idosas. A busca inicial recuperou 5.316 publicações; após retirada das duplicações, 485 registros foram submetidos à triagem, dos quais 213 foram excluídos. O processo resultou em 14 estudos selecionados para análise em texto completo. O conjunto dos trabalhos apontou associação entre continuidade



assistencial, melhor qualidade de vida, maior coordenação dos cuidados e melhores resultados em saúde, destacando ainda que tecnologias como telessaúde e ferramentas de informação podem ampliar a sustentabilidade da continuidade quando são utilizadas para complementar, e não substituir, relações terapêuticas estáveis.

A participação do usuário também depende das condições socioculturais em que o encontro clínico ocorre. Schrager e Anaya (2024) identificaram 39 estudos em revisão de escopo sobre decisão compartilhada entre populações racial, étnica e culturalmente diversas. A versão ampliada da revisão recuperou 9.509 registros, dos quais 5.522 permaneceram para triagem após remoção das duplicações; com dois registros adicionais localizados pelas referências, 5.524 trabalhos foram avaliados, resultando nos 39 estudos incluídos. Entre eles, 38 foram realizados nos Estados Unidos e um no Canadá; 33 apresentaram abordagem qualitativa, três foram estudos de coorte e três correspondiam a revisões sistemáticas ou de escopo.

Quanto ao perfil dos estudos incluídos, 24 investigaram predominantemente populações negras ou afro-americanas, 10 concentraram-se em participantes latinos, um incluiu população asiático-americana e um avaliou povos nativos. Em relação ao tamanho das amostras, 27 estudos apresentaram até 100 participantes, sete incluíram entre 101 e 500, um contou com 501 a 1.000 participantes e um apresentou mais de 1.001 indivíduos. As decisões analisadas envolveram principalmente manejo de doenças crônicas em 10 estudos, rastreamento de câncer em oito, contracepção em seis e tratamento em saúde mental em três (Schrager; Anaya, 2024).

A revisão identificou cinco grandes grupos de fatores que interferem na decisão compartilhada: características do processo decisório durante a consulta, características profissionais, confiança no profissional e no sistema, congruência cultural e fatores externos ao encontro clínico. Barreiras recorrentes incluíram discordância cultural e linguística, preconceitos, estereótipos, desconfiança e limitação do tempo disponível para consulta, enquanto os principais facilitadores foram comunicação clara, competência linguística, possibilidade de fazer perguntas e maior congruência cultural entre profissional e usuário (Schrager; Anaya, 2024). Esses dados demonstram que autonomia não pode ser entendida apenas como liberdade individual de escolha, pois depende das condições comunicacionais e relacionais que permitem ao usuário participar efetivamente.

A percepção dos próprios profissionais reforça essa interpretação. Torres-Castaño et al. (2024) analisaram dados oriundos de um ensaio clínico randomizado por conglomerados envolvendo 321 profissionais da Atenção Primária. Destes, 185 integraram o grupo de intervenção e participaram ativamente de uma comunidade virtual de prática, enquanto 146 médicos e profissionais de enfermagem tiveram seus comentários diretamente relacionados à decisão compartilhada incluídos na análise qualitativa. O material analisado reuniu 3.571 comentários publicados no fórum, número



que possibilitou uma avaliação detalhada das percepções profissionais sobre barreiras e potencialidades da participação dos usuários.

A análise de Torres-Castaño et al. (2024) resultou em três categorias principais: determinantes da implementação da decisão compartilhada, inconsistências e dilemas relacionados à sua aplicação e benefícios associados à escuta ativa, motivação e expectativas positivas dos profissionais. Os participantes enfatizaram a necessidade de explorar valores, preferências e expectativas dos usuários, oferecer informações atualizadas e verificar se essas informações foram efetivamente compreendidas. O resultado reforça que a autonomia exige mais do que informar opções, pois depende da construção de um diálogo capaz de transformar informação clínica em escolha compreendida e compatível com as prioridades do usuário.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, o Projeto Terapêutico Singular representa uma das ferramentas que mais diretamente operacionalizam esse princípio de corresponsabilização. Grande et al. (2023) desenvolveram uma investigação baseada em aproximadamente 20 reuniões com uma equipe de saúde, organizadas em momentos sucessivos de reconhecimento do problema, planejamento, implementação e avaliação. Durante o processo, foram identificadas dificuldades como falta de clareza dos objetivos e baixa efetividade do planejamento das ações interprofissionais para envolver usuário e família.

Como resultado, Grande et al. (2023) propuseram um modelo de Projeto Terapêutico Singular organizado em quatro etapas: discussão do caso, designação, execução e encerramento ou nova abordagem do processo assistencial. A estrutura evidencia que o planejamento compartilhado precisa conter definição explícita das necessidades, responsabilidades e formas de acompanhamento, evitando que o PTS se transforme apenas em registro burocrático elaborado pela equipe sem participação efetiva do usuário.

Lima et al. (2024) também analisaram o Projeto Terapêutico Singular em uma Unidade Primária de Saúde por meio de um relato de experiência, reforçando sua utilização para acompanhamento interdisciplinar de situações que envolvem necessidades complexas de um indivíduo, família ou comunidade. O artigo não apresenta uma amostra quantitativa ampla, pois se concentra em um caso acompanhado pela equipe, mas demonstra que o caráter singular do projeto permite articular diferentes intervenções e reconhecer necessidades que extrapolam o componente exclusivamente biomédico.

Costa et al. (2024), igualmente a partir da aplicação do Projeto Terapêutico Singular, destacaram autonomia e qualidade de vida como objetivos centrais do planejamento terapêutico. A experiência foi estruturada a partir de uma abordagem interdisciplinar e contextualizada, reafirmando que o PTS deve considerar condições clínicas, relações familiares, contexto social e capacidade do próprio usuário de participar das metas construídas. Embora o estudo não apresente indicadores quantitativos



populacionais, sua contribuição reside em demonstrar como a autonomia pode ser incorporada operacionalmente à construção do plano terapêutico.

A abordagem familiar amplia essa perspectiva ao considerar que determinadas necessidades de saúde não podem ser compreendidas isoladamente do contexto doméstico. Percídio et al. (2024) desenvolveram um estudo familiar entre setembro de 2021 e março de 2022, utilizando visitas domiciliares e cinco ferramentas de abordagem familiar: Genograma, FIRO, PRACTICE, APGAR e Ciclo de Vida Familiar. A aplicação conjunta dessas ferramentas possibilitou compreender melhor as relações entre o paciente-índice, sua família e a comunidade, além de subsidiar a construção de um Projeto Terapêutico Singular elaborado com participação familiar.

Os autores observaram que o planejamento produzido permitiu combinar intervenções individuais e coletivas, incluindo diagnóstico, prevenção, promoção da saúde e tratamento, ao mesmo tempo em que favoreceu reorganização das responsabilidades familiares e maior adesão terapêutica. Embora a investigação envolvesse uma única família e, portanto, não permitisse estimativas populacionais, o uso sistematizado de cinco instrumentos demonstra como o planejamento compartilhado pode ser operacionalizado na prática da ESF, especialmente em situações em que fatores relacionais e familiares interferem diretamente no cuidado (Percídio et al., 2024).

Os achados quantitativos das revisões e avaliações analisadas permitem identificar convergência entre participação, vínculo e resultados assistenciais. A redução estimada entre 10% e 15% da mortalidade prematura e das hospitalizações, bem como entre 10% e 20% das visitas à emergência associadas à maior continuidade pessoal, demonstra que vínculos estáveis apresentam repercussões mensuráveis sobre resultados de saúde e utilização dos serviços (Engström et al., 2025). Paralelamente, os efeitos moderados encontrados para treinamentos de decisão compartilhada demonstram que competências profissionais relacionadas à participação do usuário também podem ser modificadas por intervenções estruturadas (Jaeken et al., 2024).

Entretanto, a análise também revela que vínculo e autonomia não se produzem automaticamente pela existência formal da Estratégia Saúde da Família. O fato de 41% dos usuários avaliados por Moreira et al. (2024) classificarem a longitudinalidade como baixa indica que a continuidade institucional precisa ser acompanhada por relações estáveis e experiências assistenciais positivas.

Da mesma forma, a existência de barreiras comunicacionais e culturais identificadas em 39 estudos demonstra que desigualdades podem limitar a capacidade de determinados grupos de participar das decisões mesmo quando há disponibilidade formal de serviços (Schrager; Anaya, 2024).

Dessa forma, o planejamento compartilhado apresenta maior potencial quando associa continuidade, escuta qualificada, acesso a informações compreensíveis, reconhecimento das preferências, abordagem familiar e participação interprofissional. A



autonomia do usuário deixa de ser compreendida como responsabilidade individual isolada e passa a ser resultado de um processo relacional no qual a equipe oferece condições para que a pessoa compreenda alternativas, manifeste prioridades e participe da definição das ações que serão desenvolvidas.

Em conjunto, as 12 publicações analisadas indicam que fortalecer o vínculo na Estratégia Saúde da Família exige continuidade assistencial associada à participação efetiva do usuário. Os dados disponíveis mostram benefícios mensuráveis da longitudinalidade sobre mortalidade, internações e utilização de serviços de emergência, ao mesmo tempo em que os estudos sobre decisão compartilhada demonstram possibilidade de ampliar competências profissionais por meio de capacitação. O Projeto Terapêutico Singular, a abordagem familiar e a escuta ativa aparecem como ferramentas capazes de transformar esses princípios em práticas concretas de organização do cuidado, favorecendo corresponsabilização, autonomia e maior adequação das intervenções às necessidades de cada pessoa e família.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu compreender que o planejamento compartilhado do cuidado é uma estratégia relevante para fortalecer a autonomia, o vínculo e a corresponsabilização na Estratégia Saúde da Família. Os resultados demonstraram que a participação ativa do usuário nas decisões, quando associada à continuidade assistencial, à escuta qualificada e ao conhecimento de seu contexto familiar e social, favorece a construção de planos terapêuticos mais compatíveis com suas necessidades, valores e possibilidades concretas de vida.

A longitudinalidade mostrou-se especialmente importante para a consolidação do vínculo, uma vez que relações assistenciais estáveis ampliam o conhecimento da trajetória dos usuários e favorecem acompanhamento, revisão de metas e tomada de decisões de forma progressiva. Os achados também indicaram que maior continuidade pode estar relacionada a melhores resultados assistenciais, incluindo menor utilização de serviços de emergência, redução de hospitalizações e menor mortalidade prematura, reforçando que o vínculo possui implicações clínicas e organizacionais relevantes.

A decisão compartilhada também se destacou como componente central da autonomia, pois cria condições para que o usuário participe da definição das condutas a partir de informações compreensíveis e da negociação entre preferências individuais e alternativas clinicamente adequadas. Entretanto, sua efetivação depende da preparação dos profissionais, da qualidade da comunicação, do tempo disponível para as consultas e da redução de barreiras sociais, culturais e institucionais que podem limitar a participação de determinados grupos.



O Projeto Terapêutico Singular e as ferramentas de abordagem familiar apresentaram potencial para operacionalizar o planejamento compartilhado em situações complexas, permitindo integrar diferentes profissionais, usuários e familiares na definição de objetivos e responsabilidades. Sua utilização, contudo, precisa ultrapassar o caráter formal ou burocrático, garantindo participação real da pessoa acompanhada e revisão periódica das estratégias construídas.

Conclui-se que o fortalecimento da autonomia e do vínculo na Estratégia Saúde da Família depende da articulação entre longitudinalidade, decisão compartilhada, abordagem familiar, trabalho interprofissional e planejamento individualizado do cuidado. A consolidação dessas práticas pode contribuir para uma assistência mais integral, resolutiva e centrada nas necessidades dos usuários, além de favorecer maior adesão, confiança e participação no processo terapêutico. Permanecem como desafios a rotatividade das equipes, as limitações de tempo, as desigualdades de comunicação e a necessidade de qualificação permanente dos profissionais para incorporar o planejamento compartilhado de forma sistemática ao cotidiano da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mirhelen Mendes de; MAIA, Melanie Noël; TELLES, Alexandre Oliveira; SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; GOMES, Maria Katia; MALLETT, Ana Luisa Rocha; AZEVEDO, Lúcia Maria Soares de. Advances in shared decision making in Brazil: the role of patient autonomy in curriculum reform, health system and clinical care. **Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen**, v. 192, p. 90-93, 2025. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.11.006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.11.006>. Acesso em: 7 ago. 2026.

ALBARQI, Mohammed Nasser. 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**, v. 19, n. 12, e0299283, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0299283. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299283>. Acesso em: 7 ago. 2026.

COSTA, Cecília Sayão; D'ELIA, Gabriela Fagundes Barros; SIQUEIRA, Thamiris Lopes; THOMAZ, Viviane Verçosa dos Santos; CHEVITARESE, Leila; APRATTO JUNIOR, Paulo Cavalcante. Autonomia e qualidade de vida como foco do Projeto Terapêutico Singular. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 165-168, 2024. DOI: 10.18378/rebes.v14i1.10328. Disponível em: <https://doi.org/10.18378/rebes.v14i1.10328>. Acesso em: 7 ago. 2026.

ENGSTRÖM, Sven Göran; ANDRÉ, Malin; ARVIDSSON, Eva; ÖSTGREN, Carl Johan; TROEIN, Margareta; BORGQUIST, Lars. Personal GP continuity improves healthcare outcomes



in primary care populations: a systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 75, n. 757, p. e518-e525, 2025. DOI: 10.3399/BJGP.2024.0568. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0568>. Acesso em: 7 ago. 2026.

GRANDE, Márcia Mazzeo; CARRETTA, Regina Yoneko Dakuzaku; KRONKA, Amanda Rafaela Silveira Goshima; INOCENTI, Aline; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Gestão do trabalho interprofissional no projeto terapêutico singular: proposta de modelo de processo de trabalho. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 2, e203959, 2023. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.203959. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.203959>. Acesso em: 7 ago. 2026.

JAEKEN, Jasmien; BILLIOUW, Cathoo; MERTENS, Lien; VAN BOSTRAETEN, Pieter; BEKKERING, Geertruida; VERMANDERE, Mieke; AERTGEERTS, Bert; VAN MILEGHEM, Laura; DELVAUX, Nicolas. A systematic review of shared decision making training programs for general practitioners. **BMC Medical Education**, v. 24, art. 592, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-05557-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05557-1>. Acesso em: 7 ago. 2026.

LIMA, M. A. dos S. de; CALADO, R. Kelly de A.; FREITAS, M. da G.; SILVA, M. J. R. S. Projeto terapêutico singular em uma unidade primária de saúde: um relato de experiência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 14, e14667, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.8118019. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8118019>. Acesso em: 7 ago. 2026.

MOREIRA, Rafaela Henriques; CUNHA, Rafaela de Oliveira; KITAMURA, Elisa Shizuê; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação da presença e extensão do atributo longitudinalidade em saúde bucal sob a perspectiva de usuários da Atenção Primária à Saúde. **HU Revista**, v. 50, p. 1-13, 2024. DOI: 10.34019/1982-8047.2024.v50.43982. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2024.v50.43982>. Acesso em: 7 ago. 2026.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CASTRO, Denise Maria Campos de Lima; GRYSCHKEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins; PINA-OLIVEIRA, Alfredo Almeida; SILVA, Leticia Aparecida da; SANTOS, Jerusa Costa dos; LICO, Fátima Madalena de Campos; CAMPOS, Daniela Silva; GERALDO, Daniela Cristina. Longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009>. Acesso em: 7 ago. 2026.

PERCÍDIO, Maria Luiza Silva; MACEDO, Vivianny Carvalho Mendes de; FERREIRA, Pedro Henrique Gonçalves; QUEIROZ, Anne Caroline Rodrigues; OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães; RIBEIRO, Cláudia Danyella Alves Leão. Abordagem familiar como ferramenta para atuação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 37, p. 1-12, 2024. DOI: 10.5020/18061230.2024.14662. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2024.14662>. Acesso em: 7 ago. 2026.

SCHRAGER, Sarina; ANAYA, Yohualli. Shared decision-making among diverse populations in primary care: a scoping review of facilitators and barriers. **Annals of Family Medicine**, v. 22, supl. 1, art. 5900, 2024. DOI: 10.1370/afm.22.s1.5900. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.22.s1.5900>. Acesso em: 7 ago. 2026.



I CONGRESSO REGIONAL DE
CLÍNICA MÉDICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

CORCLIMED

Editora
Cognitus

TORRES-CASTAÑO, Alezandra; PERESTELO-PÉREZ, Lilisbeth; KOATZ, Débora; RAMOS-GARCÍA, Vanesa; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Ana Isabel; TOLEDO-CHÁVARRI, Ana; BERMEJO-CAJA, Carlos Jesús; GONZALEZ-PACHECO, Himar; ABT-SACK, Analia; PACHECO-HUERGO, Valeria; ORREGO, Carola. Healthcare professionals' perceptions about the implementation of shared decision-making in primary care: a qualitative study from a virtual community of practice. **International Journal of Integrated Care**, v. 24, n. 2, art. 8, 2024. DOI: 10.5334/ijic.6554. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.6554>. Acesso em: 7 ago. 2026.