

PRESCRIÇÃO SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS

**SOCIAL PRESCRIBING AND HEALTH EQUITY: POTENTIAL AND
CHALLENGES IN ADDRESSING SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 16/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/783657608](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/783657608)

Adriana Magno Valente¹

Ernesto Pimenta Nahunjo Avelino Avelino²

Ana Livia Pontes de Lima³

Gracilene Wanzeler Moia⁴

Daniele Ribeiro Dias⁵

Dayanne Soares Lima dos Santos⁶

Elizangela de Jesus Mota⁷

Ananda Carneiro dos Santos⁸

Irene de Lima Kluppel⁹

Silvia Cristina da Silva Pereira Monteiro¹⁰

Aguinaldo Maragno do Amaral¹¹

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar as evidências científicas sobre as potencialidades e os desafios da prescrição social no enfrentamento dos determinantes sociais e na redução das desigualdades em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura conduzida segundo as diretrizes do PRISMA 2020, com estratégia PICO para construção da pergunta norteadora. A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science, abrangendo publicações em inglês e português de 2017 a 2026, com seleção final de 12 artigos. Os resultados evidenciam que a prescrição social apresenta resultados promissores em desfechos de bem-estar, saúde mental e qualidade de vida, além de indicações de custo-efetividade em diferentes contextos. No entanto, a base de evidências permanece metodologicamente frágil, e a expansão da abordagem ocorreu, em muitos países, à frente das evidências científicas disponíveis. Identificou-se que desigualdades de classe, disparidades territoriais e a ausência de lentes de equidade na avaliação dos programas restringem a capacidade da prescrição social de alcançar as populações mais vulneráveis, podendo reproduzir as iniquidades existentes em vez de as reduzir. Conclui-se que a abordagem possui potencial para contribuir com o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, porém essa contribuição depende da adoção de métricas de equidade, do fortalecimento das redes comunitárias em territórios vulneráveis e de políticas estruturais que enfrentem as raízes das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Prescrição social; Determinantes sociais da saúde; Equidade em saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the scientific evidence on the potential

and challenges of social prescribing in addressing social determinants of health and reducing health inequalities. This is an integrative literature review conducted following PRISMA 2020 guidelines, using the PICO strategy to formulate the research question. The bibliographic search was carried out in PubMed/MEDLINE, Scopus, and Web of Science, covering publications in English and Portuguese from 2017 to 2026, with a final selection of 12 articles. Results indicate that social prescribing shows promising outcomes in well-being, mental health, and quality of life, with indications of cost-effectiveness across different contexts. However, the evidence base remains methodologically weak, and the expansion of social prescribing in many countries has outpaced the available scientific evidence. Class inequalities, territorial disparities, and the absence of explicit equity lenses in program evaluation were found to limit the capacity of social prescribing to reach the most vulnerable populations, potentially reproducing existing inequities rather than reducing them. It is concluded that social prescribing has the potential to contribute to addressing social determinants of health, but this contribution depends on the adoption of equity metrics, the strengthening of community networks in vulnerable territories, and structural policies that tackle the root causes of health inequalities.

Keywords: Social prescribing; Social determinants of health; Health equity.

1. INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde estão entre os problemas mais persistentes dos sistemas de saúde atuais. Elas são influenciadas por fatores não clínicos, como condições de moradia, renda, isolamento social e fragilidades na rede de apoio da comunidade. Por isso, estas

desafiam intervenções baseadas apenas na biomedicina e exigem respostas que considerem a complexidade do adoecimento humano. Nesse cenário, a prescrição social aparece como uma abordagem complementar ao cuidado, ajudando a conectar as pessoas a recursos e serviços disponíveis na própria comunidade (Lynch *et al.*, 2026). Funciona, também, como um método focado no indivíduo, visando expandir o cuidado para além da consulta médica ao possibilitar o acesso a atividades comunitárias, amparos sociais e projetos locais (Bickerdike *et al.*, 2017).

A prescrição social pode ser entendida como um processo estruturado em que profissionais de saúde conectam pessoas a apoios não clínicos e comunitários. Isso parte de que muitos dos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar estão fora do alcance da assistência clínica convencional (Lynch *et al.*, 2026). O modelo surgiu no Reino Unido, e ganhou reconhecimento internacional. Desde então, diferentes países passaram a adotar modelos semelhantes, com terminologias variadas, como encaminhamento comunitário, navegação de pacientes ou prescrição cultural (Lynch *et al.*, 2026; Oster *et al.*, 2023).

A premissa central é o reconhecimento dos determinantes sociais como condicionantes da saúde. Estima-se ainda, que fatores não médicos sejam responsáveis por mais de 80% dos desfechos em saúde da população, o que evidencia a insuficiência de abordagens exclusivamente clínicas para o enfrentamento desses agravos (Oster *et al.*, 2023).

A estratégia foi estabelecida oficialmente no NHS Long Term Plan e agora faz parte do modelo de cuidado personalizado universal (Gibson *et al.*, 2021; Lynch *et al.*, 2026). Contudo, mesmo com sua

rápida expansão, a prescrição social ainda sofre com imprecisões conceituais e fragilidades na metodologia. Questões como a falta de um conceito comumente acordado, a diversidade de abordagens empregadas globalmente e a carência de dados robustos sobre sua eficácia são desafios conhecidos (Poole; Huxley, 2024; Oster *et al.*, 2023).

Mais do que isso, questiona-se se a abordagem é capaz de enfrentar os determinantes sociais da saúde ou se representa uma resposta individualizante a problemas de natureza estrutural. Poole e Huxley (2024) argumentam que a prescrição social oferece uma falsa impressão de enfrentamento dos fatores sociais, ao promover intervenções de curta duração e alcance limitado diante de desigualdades estruturais profundas. Na mesma direção, Gibson *et al.* (2021), por meio de análise etnográfica fundamentada na teoria de Bourdieu, demonstram que as desigualdades de classe moldam a capacidade dos indivíduos de engajar-se nas intervenções, o que pode resultar na reprodução das iniquidades existentes.

Essa tensão se intensifica ao se levar em conta o papel do território. McSwiggan *et al.* (2025) apontam que as comunidades que mais necessitam de prescrição social são, muitas vezes, as mesmas que sofrem com uma dupla lei do cuidado inverso: enfrentam uma escassez de serviços de saúde primária e uma carência de infraestrutura comunitária, justamente nas áreas onde essa abordagem seria mais necessária. A redução do setor voluntário e das redes comunitárias em regiões com maior privação socioeconômica compromete a eficácia da prescrição social, especialmente onde essa necessidade é mais premente.

À luz dessas divergências, a produção científica sobre a prescrição social cresce a passos largos, mas ainda falta uma síntese que avalie os limites dessa estratégia na luta contra as desigualdades em saúde. A maior parte das revisões disponíveis foca em desfechos clínicos ou na efetividade geral da intervenção. A justificativa para a realização desta revisão reside na expansão da prescrição social como política de saúde em diferentes sistemas ao redor do mundo, sem que haja ainda sínteses suficientes que examinem de forma crítica sua relação com a equidade em saúde, pois a maior parte das revisões disponíveis concentra-se em desfechos clínicos ou na efetividade geral da abordagem.

O objetivo deste estudo é investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as evidências científicas sobre as potencialidades e os desafios da prescrição social no enfrentamento dos determinantes sociais e na redução das desigualdades em saúde, guiados pela seguinte pergunta de pesquisa: de que maneira a prescrição social tem contribuído para o enfrentamento dos determinantes sociais e para a redução das desigualdades em saúde?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), modalidade que permite reunir e sintetizar estudos desenvolvidos com diferentes metodologias sobre um mesmo tema. Dessa forma, é possível obter uma compreensão ampla e aprofundada do fenômeno investigado. A RIL foi conduzida de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, PRISMA 2020, adotadas para garantir transparência e

rigor metodológico em todas as etapas de seleção e análise dos estudos incluídos (PAGE *et al.*, 2021).

Para construir a pergunta de pesquisa de forma clara e sistemática, foi utilizada a estratégia PICO (Quadro 1), recomendada para revisões qualitativas e integrativas (Aromataris; Munn, 2020).

Quadro 1. Estrutura PICO para Revisão Integrativa.

Elemento	Descrição	Aplicação no estudo
P – Population	População ou grupo de interesse da revisão.	Adultos em situação de vulnerabilidade social, incluindo indivíduos com condições crônicas, problemas de saúde mental ou isolamento social.
I – Interest	Fenômeno de interesse investigado: intervenção, comportamento ou experiência estudada.	Prescrição social como estratégia complementar ao cuidado, voltada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e à promoção da equidade.
Co – Context	Contexto ou ambiente no qual o fenômeno ocorre.	Atenção primária à saúde e cuidado comunitário em países de renda alta, especialmente em territórios com desigualdades socioeconômicas.

Fonte: Adaptado de Aromataris e Munn (2020).

A pesquisa bibliográfica foi conduzida nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science. A investigação abrangeu publicações em inglês e português, publicadas entre 2017 e 2026. A escolha desse intervalo de tempo se deve ao aumento na produção científica sobre prescrição social a partir de 2017. Foi nesse

ano que importantes revisões sistemáticas começaram a questionar a base de evidências existente.

A estratégia de busca foi construída com descritores controlados e combinados por operadores booleanos (AND, OR), organizados em dois eixos temáticos: o primeiro relacionado à prescrição social e seus modelos de operacionalização. O segundo, às desigualdades em saúde e aos determinantes sociais. Os descritores utilizados foram: *social prescribing*, *community referral*, *link worker*, *health inequalities*, *health inequities*, *health equity* e *social determinants of health*, aplicados de forma combinada. A estratégia de busca principal adotada foi: "*social prescribing*" OR "*community referral*" OR "*link worker*") AND ("*health inequalities*" OR "*health inequities*" OR "*health equity*" OR "*social determinants of health*".

Os critérios de inclusão foram os seguintes: publicações entre 2017 e 2026, em inglês ou português, que se relacionassem com desigualdades em saúde, equidade em saúde ou determinantes sociais da saúde, acessíveis na íntegra e publicadas em revistas científicas com revisão por pares. Foram considerados elegíveis variados tipos de estudos, como revisões sistemáticas, revisões de escopo, revisões integrativas, estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos.

Foram excluídos desta revisão: literatura cinzenta, como relatórios de instituições, documentos políticos e dissertações; artigos que discutissem a prescrição social sem qualquer ligação com determinantes sociais ou desigualdades em saúde; estudos que se concentrassem apenas em condições clínicas específicas sem uma contextualização social; resumos de congressos, editoriais, cartas ao

editor e artigos de opinião que não apresentassem dados empíricos; e publicações duplicadas encontradas em mais de uma base.

A coleta dos dados foi feita de maneira organizada, incluindo as seguintes informações de cada artigo: autores, ano de publicação, país, periódico, tipo de estudo, população investigada, modelo de prescrição social descrito, principais resultados em relação às desigualdades em saúde e aos determinantes sociais, e limitações mencionadas pelos autores. A análise foi realizada por meio de uma síntese narrativa, organizando os resultados tematicamente com base nas semelhanças, diferenças e lacunas encontradas na literatura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, selecionamos 12 artigos para a revisão integrativa. Em termos de desenho metodológico, são observadas revisões sistemáticas e de escopo. Em relação aos estudos, a caracterização deles pode ser vista no Quadro 2 e a síntese dos principais achados e limitações no Quadro 3.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Autor/Ano	Periódico	Tipo de estudo	Objetivo principal
Bickerdike et al., 2017	BMJ Open	Revisão sistemática	Avaliar a base de evidências sobre a efetividade da prescrição social

Pescheny et al., 2018	BMC Health Services Research	Revisão sistemática	Identificar facilitadores e barreiras na implementação de serviços de prescrição social
Gibson et al., 2021	Social Science & Medicine	Estudo qualitativo	Analisar como desigualdades de classe moldam o engajamento em programas de prescrição social
Napierala et al., 2022	International Journal of Integrated Care	Revisão sistemática	Avaliar a efetividade de encaminhamentos comunitários psicossociais na atenção primária
Oster et al., 2023	BMC Health Services Research	Revisão de escopo	Descrever e comparar modelos de prescrição social para adultos com necessidades não médicas
Khan et al., 2024	Journal of Public Health	Análise crítica	Aplicar uma lente de equidade à prescrição social e identificar lacunas na literatura
Poole; Huxley, 2024	BJPsych Bulletin	Artigo de análise	Examinar criticamente a prescrição social como resposta às necessidades de saúde mental
Scarpetti et al., 2024	Health Policy	Análise comparativa	Comparar abordagens de prescrição social em 12 países de alta renda

Freak-Poli et al., 2025a	Health & Social Care in the Community	Estudo avaliativo (pré-pós)	Avaliar a efetividade da prescrição social em saúde mental por nível de intensidade de cuidado
Freak-Poli et al., 2025b	BMC Primary Care	Estudo avaliativo	Analisar o impacto dual da prescrição social sobre determinantes sociais e qualidade de vida
McSwiggan et al., 2025	Health and Social Care in the Community	Revisão do estado da arte	Examinar o papel do lugar na prescrição social e suas implicações para a equidade
Lynch et al., 2026	Frontiers in Public Health	Revisão sistemática	Analisar a economia da saúde da prescrição social com base em evidências internacionais

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Quadro 3. Síntese dos principais achados e limitações dos estudos incluídos

Autor/Ano	Principais achados	Limitações
Bickerdike et al., 2017	Base de evidências frágil; estudos com limitações metodológicas severas; afirmações de efetividade mais retóricas do que empíricas; alguns resultados positivos, porém inconclusivos	Heterogeneidade dos estudos; qualidade metodológica limitada das pesquisas primárias
Pescheny et al., 2018	Qualidade dos encaminhamentos, formação profissional, disponibilidade de	Literatura centrada no Reino Unido; escassez

	recursos comunitários e continuidade do suporte são determinantes da efetividade	de pesquisa primária robusta
Gibson et al., 2021	Desigualdades de classe moldam o engajamento nas intervenções; PS pode reproduzir iniquidades ao desconsiderar estruturas de desigualdade social	Contexto único (Reino Unido); amostra qualitativa; limitações de generalização
Napierala et al., 2022	Melhora no bem-estar subjetivo, redução de sintomas depressivos e ansiosos e aumento do engajamento social entre participantes	Heterogeneidade das intervenções; follow-up limitado; qualidade metodológica variável
Oster et al., 2023	Fatores não médicos respondem por mais de 80% dos desfechos em saúde; 6 estágios e 6 processos programáticos comuns; alta variabilidade entre modelos	Variabilidade dificulta comparações; definições heterogêneas entre países
Khan et al., 2024	Lente de equidade raramente aplicada; benefícios podem não alcançar os mais vulneráveis; necessidade de métricas de equidade e monitoramento por grupos populacionais	Formato de análise crítica; dados primários limitados
Poole; Huxley, 2024	PS mal definida; expansão paralela ao desmonte dos serviços de saúde mental; não enfrenta determinantes estruturais; oferece falsa impressão de enfrentamento social	Contexto britânico específico; dados empíricos limitados
Scarpetti et al., 2024	Variações expressivas entre países; flexibilidade de adaptação contextual; indícios de custo-efetividade; evidências consideradas preliminares	Restrito a países de renda alta; disponibilidade variável de dados entre países

Freak-Poli et al., 2025a	Melhorias significativas em saúde mental; resultados variaram conforme intensidade de cuidado; PS pode ser efetiva para diferentes perfis de necessidade com encaminhamentos calibrados	Ausência de grupo controle; delineamento pré-pós; contexto australiano específico
Freak-Poli et al., 2025b	Efeito dual: impactos positivos sobre múltiplos determinantes sociais da saúde (participação social, acesso a serviços) e sobre a qualidade de vida dos participantes	País único; população específica; delineamento pré-pós; limitações de generalização
McSwiggan et al., 2025	"Dupla lei do cuidado inverso": comunidades mais carentes têm menor infraestrutura comunitária para sustentar programas de PS; dimensão territorial negligenciada na literatura	Predominância de estudos do Reino Unido; possível viés de publicação
Lynch et al., 2026	Análises SROI apontam retornos positivos; expansão acelerada à frente das evidências científicas; heterogeneidade metodológica dificulta conclusões robustas sobre custo-efetividade	Falta de grupos controle; heterogeneidade metodológica; estimativas de retorno econômico pouco precisas

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Um dos achados mais frequentes na literatura é a falta de um conceito consolidado e aceito por todos para a prescrição social. Além disso, é observado uma grande diversidade nas abordagens utilizadas em diferentes situações (Oster *et al.*, 2023; Bickerdike *et al.*, 2017; Scarpetti *et al.*, 2024). Oster *et al.* (2023) apontaram seis fases de planejamento e seis atividades programáticas que aparecem em

comum nos modelos. Ao mesmo tempo, eles destacaram diferenças nos tipos de intervenções ofertadas, nos critérios para indicar o programa, no perfil dos trabalhadores envolvidos e nas formas de financiamento.

Scarpetti *et al.* (2024) documentaram a expansão da prescrição social em pelo menos 12 países de alta renda, eles também identificaram que a abordagem costuma ser ajustada às características de cada sistema de saúde e às necessidades locais. Lynch *et al.* (2026) destacam que a rápida expansão da prescrição social ocorreu, em muitos casos, antes que houvesse evidências sólidas sobre sua eficácia. Isso gerou uma desconexão entre a implementação em larga escala e a base científica que a apoia. Bickerdike *et al.* (2017), foram ainda mais diretos ao dizerem que as pesquisas disponíveis tem sérias limitações metodológicas. As alegações sobre a eficácia da prescrição social estão, em grande parte, baseadas mais em retórica do que em evidências empíricas consistentes.

A despeito das limitações metodológicas, estudos identificaram resultados promissores da prescrição social sobre desfechos relacionados ao bem-estar, saúde mental e determinantes sociais. Napierala *et al.* (2022), encontraram evidências de melhora em indicadores de bem-estar subjetivo, redução de sintomas depressivos e ansiosos e aumento do engajamento social entre os participantes das intervenções.

Os estudos de Freak-Poli *et al.* (2025a; 2025b), em contexto australiano, ampliam essa perspectiva. O primeiro demonstrou que a prescrição social produziu melhorias significativas em saúde mental, com resultados que variaram de acordo com o nível de

intensidade de cuidado dos participantes. O segundo documentou um efeito dual da prescrição social em pessoas com condições crônicas: impactos positivos tanto sobre os determinantes sociais quanto sobre a qualidade de vida.

Em termos de economia, Lynch *et al.*, (2026) descobriram que as avaliações do retorno social sobre o investimento (SROI) em projetos de prescrição social indicam lucros em várias situações. Scarpetti *et al.*, (2024) corroboram essa visão ao apontar benefícios no uso de serviços de saúde e na satisfação dos pacientes, ainda que admitam que as evidências permaneçam preliminares.

Gibson *et al.* (2021), por meio de análise qualitativa de inspiração bourdieusiana, demonstraram que as desigualdades de classe condicionam a capacidade dos indivíduos de engajar-se nas intervenções. Participantes com menor capital econômico, social e cultural enfrentam barreiras concretas, como a ausência de transporte e dificuldades de comunicação. Os autores concluem que, ao desconsiderar essas estruturas de desigualdade, a prescrição social tende a beneficiar desproporcionalmente aqueles com maior volume de capital, reproduzindo as iniquidades em vez de as reduzir.

Khan, Tierney e Owen (2024) acrescentam a essa perspectiva ao afirmar que a maioria das pesquisas sobre prescrição social não utiliza uma lente de equidade clara, o que dificulta a avaliação de como os benefícios se distribuem entre as populações mais vulneráveis. Eles argumentam para que a abordagem tenha impacto significativo nas disparidades em saúde, é preciso integrar de forma sistemática as métricas de equidade, acompanhar os resultados por grupos e adaptar as intervenções às especificidades territoriais.

Pescheny, Pappas e Randhawa (2018) concluem que a efetividade da prescrição social está intimamente ligada a fatores de implementação, como a qualidade dos encaminhamentos, a formação dos profissionais envolvidos e o suporte contínuo. Gibson *et al.* (2021) comentam que as desigualdades de classe determinam a capacidade diferencial nas intervenções. Esse achado revela que o problema não está apenas no desenho, mas em estruturas sociais que condicionam sua acessibilidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão permitiu concluir que a prescrição social contribui, embora de forma limitada e condicionada, para o enfrentamento dos determinantes sociais e para a redução das desigualdades em saúde. As evidências analisadas mostram que essa abordagem gera resultados positivos para desfechos relacionados ao bem-estar, à saúde mental e à qualidade de vida, com indicações de custo-efetividade em diferentes sistemas de saúde.

Ainda assim, esses benefícios não chegam de maneira equitativa às populações mais vulneráveis. As desigualdades de classe influenciam a capacidade de participação nas intervenções, e as diferenças territoriais limitam a oferta de recursos comunitários justamente onde a demanda é maior. Além disso, a falta de métricas de equidade na avaliação dos programas impede que se saiba, com precisão, para quem a prescrição social realmente funciona.

Este estudo tem como limitação publicações em inglês e português, majoritariamente provenientes de países de alta renda. Com isso, a pesquisa perde representatividade de contextos de baixa e média renda. Para trabalhos futuros, recomenda-se que sejam incluídos

estudos primários realizados em sistemas universais de saúde de países em desenvolvimento, que as pesquisas adotem lentes de equidade desde o planejamento das intervenções e que a avaliação dos programas de prescrição social inclua métricas territoriais e populacionais. Somente com esse cuidado será possível avançar de respostas focadas no indivíduo para estratégias que, de fato, transformem as condições estruturais que geram as desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Ed.). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide: JBI, 2020. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 03 abr. 2026.

BICKERDIKE, L. et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. **BMJ Open**, v. 7, n. 4, p. e013384, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013384. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/4/e013384>. Acesso em: 12 abr. 2026.

FREAK-POLI, R. et al. Effectiveness of social prescribing for mental health across care intensity needs: a pre-post evaluation in Australia. **Health & Social Care in the Community**, v. 2025, art. 1566354, 2025a. DOI: 10.1155/hsc/1566354. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/hsc/1566354>. Acesso em: 12 abr. 2026.

FREAK-POLI, R. et al. The dual impact of social prescribing: targeting social determinants to enhance quality of life in chronic conditions. **BMC Primary Care**, v. 26, p. 314, 2025b. DOI: 10.1186/s12875-025-

02997-6. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522654>. Acesso em: 23
mar. 2026.

GIBSON, K.; POLLARD, T. M.; MOFFATT, S. Social prescribing and
classed inequality: a journey of upward health mobility? **Social
Science & Medicine**, v. 280, p. 114037, 2021. DOI:
10.1016/j.socscimed.2021.114037. Disponível em:
[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795362100369
5](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621003695). Acesso em: 28 mar. 2026.

KHAN, K.; TIERNEY, S.; OWEN, G. Applying an equity lens to social
prescribing. **Journal of Public Health**, v. 46, n. 3, p. 458-462, 2024.
DOI: 10.1093/pubmed/fdae105. Disponível em:
<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/46/3/458/7698372>.
Acesso em: 18 abr. 2026.

LYNCH, M. L. et al. The health economics of social prescribing:
systematic review of the international evidence. **Frontiers in Public
Health**, v. 14, p. 1753435, 2026. DOI: 10.3389/fpubh.2026.1753435.
Disponível em: [https://www.frontiersin.org/journals/public-
health/articles/10.3389/fpubh.2026.1753435/full](https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2026.1753435/full). Acesso em: 18 abr.
2026.

MCSWIGGAN, E. et al. The role of place in social prescribing: a state-
of-the-art literature review. **Health and Social Care in the
Community**, v. 2025, art. 9920046, 33 p., 2025. DOI:
10.1155/hsc/9920046. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/hsc/9920046>. Acesso em: 22
abr. 2026.

NAPIERALA, H. et al. Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. **International Journal of Integrated Care**, v. 22, n. 3, p. 11, 2022. DOI: 10.5334/ijic.6472. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36060831>. Acesso em: 03 mai. 2026.

OSTER, C. et al. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 642, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09650-x. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-023-09650-x>. Acesso em: 03 mai. 2026.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. n71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 25 mai. 2026.

PESCHENY, J. V.; PAPPAS, Y.; RANDHAWA, G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 86, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-2893-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29415720>. Acesso em: 25 mai. 2026.

POOLE, R.; HUXLEY, P. Social prescribing: an inadequate response to the degradation of social care in mental health. **BJPsych Bulletin**, v. 48, n. 1, p. 30-33, 2024. DOI: 10.1192/bjb.2023.61. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10801358>. Acesso em: 07 jun. 2026.

SCARPETTI, G. et al. A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries. **Health Policy**, v. 142, p. 104992, 2024. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.104992. Disponível em:

¹ Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia - UNIFAMAZ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Mestre em Comunicação Corporativa pelo Instituto Superior Politécnico do Bié, E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade da Amazônia – UNAMA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal Fluminense - UFF. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário São Francisco de Assis. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Paulista de Ciências da Saúde. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Pós Graduada em Saúde Mental pela FACUMINAS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Amazônia – UNAMA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Doutor em Filosofia pela Bircham International University (Espanha). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)