

A ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

**MULTIDISCIPLINARY PRACTICE IN PRIMARY HEALTH CARE AS A
STRATEGY FOR STRENGTHENING COLLECTIVE HEALTH**

Ciências da Saúde • 23/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784583393](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784583393)

Flávia Faria Resende¹

Danusa Paranhos Lourenço²

Rubia Furlanetto de Souza³

Diogo Luiz Quixabeira Camargo⁴

Larissa Freire de Oliveira Moraes⁵

Renata Cellys Oliveira de Moraes Ferreira⁶

Elisângela Maria da Conceição Lima⁷

Mariana Castro Nunes⁸

Jitana Carla da Silva Oliveira⁹

Laura Leni Macedo Nogueira Paranaguá e Lago Araújo¹⁰

Simone Jacinto da Silva¹¹

Iany Vitória Lima Figueiredo¹²

Antonio Felipe da Silva Fragoso¹³

Josué Brito Gondim¹⁴

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde constitui eixo estruturante dos sistemas universais e desempenha papel estratégico na organização do cuidado, na vigilância em saúde e na redução de iniquidades. Este artigo analisou a atuação multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde como estratégia para o fortalecimento da saúde coletiva. Trata-se de uma revisão integrativa, de abordagem qualitativa, caráter descritivo e natureza aplicada, fundamentada em publicações científicas, documentos oficiais, diretrizes e relatórios institucionais publicados entre 2022 e 2026. A busca foi organizada em bases e fontes como BVS, SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Google Acadêmico, Ministério da Saúde, OPAS, OMS, OCDE e Banco Mundial, com seleção final de 50 referências. Os achados foram agrupados em eixos relativos à integralidade, vigilância, coordenação do cuidado, equidade, participação social, financiamento e gestão do trabalho. Verificou-se que equipes multiprofissionais qualificam a capacidade de resposta da Atenção Primária ao articular diferentes núcleos profissionais, ampliar a resolutividade, organizar projetos terapêuticos compartilhados e aproximar ações clínicas, educativas, comunitárias e intersetoriais. Conclui-se que a atuação multidisciplinar fortalece a saúde coletiva quando associada a vínculo territorial, planejamento integrado, educação permanente, apoio institucional e financiamento sustentável.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; equipe multiprofissional; saúde coletiva; integralidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is a structuring axis of universal health systems and plays a strategic role in care organization, health surveillance and the reduction of inequities. This article analyzed

multidisciplinary practice in Primary Health Care as a strategy for strengthening collective health. It is an integrative review, with a qualitative approach, descriptive character and applied nature, based on scientific publications, official documents, guidelines and institutional reports published between 2022 and 2026. The search was organized in databases and sources such as BVS, SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Google Scholar, the Brazilian Ministry of Health, PAHO, WHO, OECD and the World Bank, with a final selection of 50 references. The findings were grouped into axes related to comprehensiveness, surveillance, care coordination, equity, social participation, financing and work management. The results indicate that multidisciplinary teams improve the response capacity of Primary Health Care by articulating different professional fields, increasing problem-solving capacity, organizing shared therapeutic projects and bringing clinical, educational, community-based and intersectoral actions closer together. It is concluded that multidisciplinary practice strengthens collective health when associated with territorial bonding, integrated planning, permanent education, institutional support and sustainable financing.

Keywords: Primary Health Care; multidisciplinary team; collective health; comprehensiveness; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização dos sistemas de saúde por reunir funções de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e orientação comunitária, elementos indispensáveis para aproximar as respostas sanitárias das necessidades concretas de vida da população. O marco contemporâneo da APS reforça que os serviços não devem se limitar ao atendimento episódico de queixas

individuais, pois precisam articular promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado clínico, reabilitação, vigilância, participação social e ação intersetorial. Essa compreensão é reafirmada por documentos internacionais recentes que tratam a APS como base de sistemas resilientes, orientados pela equidade e pela cobertura universal em saúde (World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022; World Bank, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

No contexto brasileiro, a APS constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e desempenha função ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família e de arranjos que combinam cuidado territorial, adscrição populacional, vínculo, responsabilização sanitária e trabalho em equipe. A retomada do financiamento das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, por meio da eMulti, expressa uma tentativa de requalificar o apoio especializado no território e recompor a capacidade de cuidado integral após mudanças institucionais que fragilizaram a continuidade de experiências multiprofissionais em diferentes municípios (Brasil, 2023; Brasil, 2024; Brasil, 2024).

A saúde coletiva, enquanto campo de conhecimento e prática social, exige uma leitura ampliada dos processos saúde-doença, incorporando determinantes sociais, desigualdades territoriais, participação comunitária, políticas públicas, vigilância e organização dos serviços. Por essa razão, a atuação multidisciplinar na APS ganha centralidade, pois a complexidade das necessidades de saúde ultrapassa os limites de uma única profissão ou de uma lógica estritamente biomédica. Condições crônicas, sofrimento mental, deficiência, violência, insegurança alimentar, demandas de saúde

bucal, saúde da pessoa idosa, agravos transmissíveis, uso de álcool e outras drogas e barreiras de acesso requerem respostas coordenadas entre diferentes saberes profissionais e setores sociais (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

A literatura recente sobre financiamento, resiliência e desempenho dos sistemas de saúde indica que a APS tende a ser mais efetiva quando está integrada a equipes plurais, com capacidade de planejamento, apoio clínico, educação em saúde, monitoramento de indicadores, busca ativa, cuidado domiciliar, comunicação em rede e continuidade assistencial. A atuação multidisciplinar permite que problemas individuais sejam interpretados em relação ao território, ao ciclo de vida, às vulnerabilidades e às oportunidades de intervenção coletiva. Além disso, amplia a resolutividade ao favorecer ações compartilhadas entre medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, farmácia, educação física, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras áreas, conforme a necessidade local (Hanson *et al.*, 2022; OECD, 2023; World Bank, 2022).

Apesar desse potencial, a implementação de práticas multidisciplinares ainda enfrenta desafios significativos, como subfinanciamento, rotatividade profissional, fragmentação entre níveis assistenciais, dificuldade de integração dos sistemas de informação, sobrecarga das equipes, agendas centradas em procedimentos e persistência de modelos hierarquizados de decisão. Essas barreiras limitam a potência da APS como espaço de cuidado integral e como dispositivo de saúde coletiva, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais, envelhecimento populacional e crescimento da carga de doenças

crônicas (OECD, 2023; World Health Organization, 2022; GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024).

O problema que orienta este estudo pode ser sintetizado na seguinte questão: de que modo a atuação multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde contribui para o fortalecimento da saúde coletiva no cenário contemporâneo? A relevância do tema decorre da necessidade de compreender como a integração entre profissões, serviços e territórios pode qualificar a resposta do sistema de saúde diante de demandas complexas, evitando a fragmentação do cuidado e ampliando a capacidade de promoção, prevenção, vigilância e participação social (Brasil, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; United Nations, 2024).

O objetivo deste artigo é analisar, a partir da literatura recente, de que forma a atuação multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde contribui para o fortalecimento da saúde coletiva.

A justificativa do estudo apoia-se no entendimento de que a APS não se fortalece apenas pela ampliação de unidades, consultas ou indicadores isolados, mas pela capacidade de produzir cuidado integral, compartilhado e territorializado. Assim, discutir a atuação multidisciplinar significa examinar tanto a composição das equipes quanto os modos de trabalho, a gestão do cuidado, a comunicação entre profissionais, o planejamento local, a educação permanente, a participação dos usuários e a articulação com políticas de proteção social. Essa análise pode contribuir para gestores, trabalhadores, estudantes e pesquisadores interessados em qualificar a APS como base de sistemas universais, democráticos e orientados pela equidade (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022; Brasil, 2024c; World Health Organization, 2025).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva e Integralidade

A APS contemporânea pode ser compreendida como um arranjo de práticas e políticas que integra cuidado individual, intervenção coletiva e responsabilidade sanitária sobre populações territorialmente definidas. Sua força deriva da capacidade de reconhecer as necessidades de saúde antes que elas se convertam em agravos evitáveis, acompanhando pessoas e famílias ao longo do tempo e coordenando o acesso aos demais pontos da rede. Essa concepção aproxima a APS da saúde coletiva, pois desloca o foco exclusivo da doença para a produção social da saúde, a identificação de riscos, a redução de vulnerabilidades e a organização de respostas intersetoriais. O marco de mensuração da APS produzido por World Health Organization e United Nations Children's Fund (2022) reforça que o desempenho desse nível de atenção deve ser analisado por dimensões de governança, financiamento, força de trabalho, acesso, qualidade, continuidade e orientação comunitária.

A integralidade constitui uma das principais pontes entre APS e saúde coletiva. Ela pressupõe que o cuidado seja produzido a partir da combinação entre tecnologias leves, leve-duras e duras, envolvendo escuta qualificada, vínculo, clínica ampliada, educação em saúde, ação comunitária, vigilância e coordenação em rede. Na prática, a integralidade depende da articulação entre profissionais com formações distintas, pois nenhuma categoria isolada consegue responder de maneira suficiente à pluralidade de necessidades observadas nos territórios. A saúde bucal, por exemplo, articula prevenção, educação, diagnóstico, reabilitação e relação com doenças crônicas; a saúde mental exige acompanhamento

longitudinal e rede psicossocial; a reabilitação demanda continuidade e adaptação funcional; e a promoção da saúde depende de abordagens alimentares, corporais, sociais e ambientais (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022).

A ampliação da carga global de doenças crônicas, a persistência de doenças transmissíveis, as desigualdades regionais e os efeitos sociais de crises sanitárias reforçam a necessidade de uma APS com capacidade populacional. Os estudos do Global Burden of Disease de 2024 demonstram que mortalidade, incapacidade e fatores de risco distribuem-se de forma desigual entre territórios, grupos sociais e ciclos de vida, exigindo políticas combinadas de prevenção, cuidado contínuo e gestão de risco. Essa leitura é especialmente relevante para a APS, pois o território permite identificar padrões locais de adoecimento, organizar busca ativa, estratificar risco, acompanhar condições crônicas e articular ações coletivas (GBD 2021 Demographics Collaborators, 2024; GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024; GBD 2021 Risk Factors Collaborators, 2024).

A saúde coletiva também exige participação social e reconhecimento das necessidades locais. O relatório da 17ª Conferência Nacional de Saúde reforça a centralidade do controle social, do financiamento público e do fortalecimento do SUS para a garantia do direito à saúde. Nesse sentido, a atuação multidisciplinar na APS não deve ser entendida apenas como soma de profissões, mas como construção compartilhada de projetos de cuidado, pactuação de prioridades e corresponsabilização entre trabalhadores, usuários, gestores e comunidade. Quando a equipe se organiza a partir de reuniões, matriciamento, discussão de casos

e planejamento territorial, a prática deixa de ser fragmentada por agendas isoladas e passa a produzir respostas mais coerentes com os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2023d; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b; United Nations, 2023).

No Brasil, a institucionalização da eMulti reafirma a importância de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas para apoiar a Estratégia Saúde da Família e outras equipes da APS. A Portaria GM/MS nº 635, de 2023, define modalidades, financiamento e parâmetros de atuação para essas equipes, buscando ampliar o escopo de práticas e a resolutividade. A lógica proposta é coerente com o apoio matricial, no qual profissionais especializados não substituem a equipe de referência, mas ampliam sua capacidade de analisar casos, construir projetos terapêuticos singulares, realizar atendimentos compartilhados e promover ações coletivas no território. Essa diretriz fortalece a saúde coletiva ao transformar conhecimento especializado em recurso disponível para a população adscrita, evitando encaminhamentos desnecessários e qualificando o cuidado longitudinal (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

2.2. Multidisciplinaridade, Interprofissionalidade e Apoio Matricial

A multidisciplinaridade refere-se à presença de diferentes áreas profissionais em torno de um mesmo objeto de cuidado. Entretanto, sua efetividade depende da passagem de uma convivência paralela para um trabalho interprofissional, no qual há comunicação, compartilhamento de objetivos, reconhecimento de competências e construção coletiva de decisões. Na APS, essa transição é essencial porque as demandas são frequentemente inespecíficas, multifatoriais e atravessadas por dimensões sociais, culturais e familiares. Uma equipe pode ser formalmente multiprofissional, mas

manter práticas fragmentadas quando cada profissional atua de modo isolado, sem discussão de casos, planejamento comum ou pactuação de fluxos. Por outro lado, torna-se interprofissional quando transforma diversidade de saberes em cooperação concreta para ampliar a resolutividade e a qualidade do cuidado (OECD, 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022).

O apoio matricial é um dispositivo estratégico para essa integração. Ele permite que profissionais com núcleos específicos de conhecimento apoiem equipes de referência, ofertando retaguarda técnico-pedagógica e assistencial. Em vez de operar somente por encaminhamentos, o apoio matricial produz corresponsabilização, atendimentos conjuntos, educação permanente, discussão de casos, análise de território e construção de projetos terapêuticos. Na APS, esse arranjo favorece a ampliação da clínica e evita que demandas complexas sejam automaticamente deslocadas para serviços especializados. A integração entre eSF, eMulti, saúde bucal, vigilância, assistência social e rede especializada possibilita que a unidade básica funcione como coordenadora do cuidado e não apenas como ponto de triagem (Brasil, 2023; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

A atuação multidisciplinar também se expressa nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Programas de atividade física, cuidado alimentar e nutricional, grupos de hipertensão e diabetes, ações de cessação do tabagismo, prevenção de quedas, saúde mental comunitária e orientação para uso racional de medicamentos tendem a ser mais consistentes quando planejados por diferentes categorias profissionais. O relatório global de atividade física da World Health Organization (2022) evidencia a importância de políticas comunitárias e intersetoriais para enfrentar

inatividade física, enquanto as diretrizes de hipertensão apontam que controle pressórico depende de mudanças de estilo de vida, adesão medicamentosa, monitoramento e acompanhamento longitudinal, dimensões que ultrapassam a consulta médica isolada (Mancia *et al.*, 2023; McEvoy *et al.*, 2024; World Health Organization, 2023).

No campo da saúde mental, a multidisciplinaridade é indispensável porque o sofrimento psíquico envolve dimensões clínicas, familiares, comunitárias, laborais e sociais. A World Health Organization (2022) defende a transformação dos sistemas de saúde mental com base em cuidado comunitário, direitos humanos e integração com a atenção primária. Na APS, esse direcionamento exige escuta, acolhimento, grupos, intervenções breves, articulação com CAPS, assistência social, escolas e redes comunitárias. Psicologia, enfermagem, medicina de família, serviço social, terapia ocupacional, educação física e agentes comunitários podem construir respostas compartilhadas, evitando tanto a medicalização excessiva quanto a negligência de situações de sofrimento, violência e vulnerabilidade.

A saúde bucal exemplifica outro campo em que a equipe multidisciplinar fortalece a saúde coletiva. O relatório global de saúde bucal da World Health Organization (2022) demonstra que doenças bucais constituem importante desafio de saúde pública, com forte relação com desigualdades sociais, alimentação, tabaco, acesso a flúor, cuidado preventivo e condições crônicas. Na APS, a integração entre equipes de saúde bucal e demais profissionais permite abordar gestantes, crianças, pessoas com diabetes, idosos e pessoas com deficiência de forma integral, vinculando ações clínicas

a práticas educativas, visitas domiciliares, vigilância de riscos e encaminhamentos regulados.

A abordagem da deficiência e da tecnologia assistiva também reforça a necessidade de trabalho interprofissional. Documentos recentes da World Health Organization (2022) e World Health Organization e United Nations Children's Fund (2022) destacam que barreiras físicas, comunicacionais, econômicas e organizacionais impedem o acesso equitativo aos serviços. Na APS, a equipe multiprofissional pode identificar precocemente limitações funcionais, orientar famílias, adaptar planos de cuidado, articular reabilitação, acionar benefícios sociais e reduzir barreiras de comunicação. Isso contribui para uma saúde coletiva inclusiva, na qual equidade não significa atendimento igual para todos, mas respostas proporcionais às necessidades de grupos historicamente excluídos.

2.3. Coordenação do Cuidado, Redes e Vigilância em Saúde

A coordenação do cuidado é uma função estruturante da APS e depende de informação, comunicação, responsabilização e capacidade de articulação com outros pontos da rede. Quando o usuário necessita de atenção especializada, urgência, reabilitação, saúde mental ou atenção hospitalar, a APS deve acompanhar o percurso, compartilhar informações e retomar o cuidado após o atendimento externo. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde reconhece a necessidade de integração entre atenção especializada e APS, reforçando que a rede deve ser organizada de modo regionalizado e com apoio ao cuidado longitudinal. Essa integração é fundamental para evitar duplicidade de exames, perda de seguimento, encaminhamentos desnecessários e

descontinuidade terapêutica (Brasil, 2023; OECD, 2023; OECD; European Union, 2024).

A vigilância em saúde, por sua vez, amplia a potência coletiva da APS. O Guia de Vigilância em Saúde orienta ações de detecção, notificação, investigação, monitoramento e prevenção de agravos, ressaltando que a resposta sanitária depende da articulação entre vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e atenção à saúde. No cotidiano das unidades básicas, a vigilância se concretiza na identificação de surtos, acompanhamento de vacinação, busca ativa de faltosos, monitoramento de gestantes, pessoas com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e agravos relacionados ao trabalho. Equipes multidisciplinares agregam diferentes olhares para interpretar dados, priorizar riscos e construir intervenções (Brasil, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

A experiência da pandemia de COVID-19 evidenciou que sistemas frágeis e fragmentados têm maior dificuldade para manter cuidado essencial, responder a emergências e proteger populações vulneráveis. A literatura e os relatórios internacionais produzidos após a crise sanitária destacam que resiliência não se restringe à capacidade hospitalar, mas inclui APS forte, vigilância territorial, comunicação comunitária, força de trabalho protegida, financiamento estável e confiança social. Nesse sentido, a atuação multidisciplinar na APS contribui para respostas mais ágeis porque distribui responsabilidades, combina ações clínicas e coletivas e fortalece vínculos com o território (Fiocruz, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; World Bank, 2022; OECD, 2023).

No acompanhamento de condições crônicas, a coordenação exige planos de cuidado compartilhados, estratificação de risco e acompanhamento contínuo. Hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, sofrimento mental, obesidade, dor crônica e multimorbidades não se resolvem em atendimentos pontuais. A equipe precisa combinar consultas, grupos, monitoramento, orientação farmacoterapêutica, atividade física, alimentação saudável, cuidado domiciliar e pactuação de metas realistas com usuários e famílias. A expansão de ações baseadas em protocolos e em trabalho colaborativo pode reduzir complicações, internações evitáveis e perda de qualidade de vida, desde que respeite singularidades e não transforme a APS em mera executora de metas burocráticas (World Health Organization, 2023; Mancia *et al.*, 2023; McEvoy *et al.*, 2024; OECD, 2023).

A informação em saúde é outro elemento decisivo. Sistemas como e-Gestor Atenção Básica e SISAB organizam dados sobre equipes, cadastros, produção, indicadores e financiamento, permitindo monitoramento da APS e apoio à tomada de decisão. Todavia, dados só produzem melhoria quando são analisados pelas equipes e gestores de forma crítica, articulando indicadores quantitativos com conhecimento do território. A atuação multiprofissional favorece essa interpretação porque diferentes profissionais percebem problemas distintos: baixa adesão a grupos, barreiras de mobilidade, violência doméstica, insegurança alimentar, sofrimento mental, falta de medicamentos, dificuldade de comunicação e fragilidades de rede (Brasil, 2025; Brasil, 2025; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024).

2.4. Equidade, Determinantes Sociais e Participação Comunitária

A saúde coletiva reconhece que as condições de saúde são produzidas em interação com renda, trabalho, moradia, alimentação, educação, saneamento, raça/cor, gênero, deficiência, território e acesso a políticas públicas. Assim, a APS precisa ser sensível às desigualdades e não apenas disponível de modo formal. A Organização Pan-Americana da Saúde (2022b) afirma que a recuperação de avanços nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável depende de ação sobre determinantes sociais, equidade e trabalho intersetorial. Na prática, a equipe multiprofissional pode identificar situações de vulnerabilidade, acionar redes de proteção, organizar visitas domiciliares e construir intervenções coletivas capazes de reduzir barreiras de acesso.

A equidade territorial é particularmente relevante em países com grande diversidade regional. Comunidades rurais, periferias urbanas, populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua e grupos submetidos a racismo e pobreza demandam respostas adaptadas. A multidisciplinaridade contribui para que a APS compreenda essas diferenças, evitando protocolos rígidos e descontextualizados. Profissionais de serviço social, agentes comunitários, enfermagem, psicologia, nutrição, saúde bucal e medicina de família podem mapear redes locais, reconhecer lideranças, identificar barreiras culturais e construir ações educativas com linguagem acessível. Esse processo fortalece a participação social e a corresponsabilização comunitária (Brasil, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; United Nations, 2024).

A participação social deve ser compreendida como prática permanente, não apenas como instância formal de conferências e conselhos. No cotidiano da APS, ela ocorre quando usuários são ouvidos sobre horários, prioridades, fluxos, grupos, formas de

acolhimento e barreiras de acesso. Reuniões de equipe, conselhos locais, ações em escolas, visitas domiciliares, grupos comunitários e parcerias com movimentos sociais podem transformar o planejamento dos serviços. A equipe multiprofissional amplia essa escuta, pois diferentes profissionais se relacionam com diferentes demandas e públicos. A saúde coletiva se fortalece quando a unidade básica deixa de ser apenas local de atendimento e se torna espaço de produção compartilhada de cuidado e cidadania (Brasil, 2024; United Nations, 2023).

A equidade também exige proteção dos trabalhadores da saúde. Crises sanitárias, violência nos territórios, sobrecarga assistencial, contratos precários e baixa valorização comprometem a continuidade do cuidado. A World Health Organization (2022) propõe ação global para força de trabalho em saúde no período 2022-2030, destacando investimento, formação, retenção, proteção e distribuição adequada. O Global Health and Care Worker Compact reforça direitos, segurança, condições dignas e ambientes de trabalho saudáveis. Na APS, equipes multidisciplinares só podem produzir cuidado integral se houver tempo para reunião, planejamento, educação permanente e vínculo, e não apenas cobrança por produtividade (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

2.5. Financiamento, Gestão e Sustentabilidade da Atuação Multidisciplinar

A sustentabilidade da atuação multidisciplinar depende de financiamento coerente com o modelo de cuidado pretendido. Se os incentivos privilegiam apenas procedimentos, consultas rápidas e

produção individual, a tendência é reduzir o tempo destinado à reunião de equipe, ao matriciamento, ao planejamento territorial e às ações coletivas. Por isso, a recomposição do financiamento da APS e das equipes multiprofissionais precisa ser acompanhada por mecanismos de avaliação que reconheçam qualidade, equidade, longitudinalidade e resolutividade. A Portaria GM/MS nº 3.493, de 2024, insere-se em um debate mais amplo sobre novo cofinanciamento federal da APS, enquanto Hanson et al. (2022) defendem que o financiamento da APS deve colocar as pessoas no centro, evitando subinvestimento crônico em serviços de base comunitária.

A literatura internacional sobre resiliência dos sistemas de saúde indica que a APS não pode ser vista como custo residual, mas como investimento com potencial de reduzir interações evitáveis, melhorar acesso oportuno, qualificar prevenção e proteger populações em crises. O Banco Mundial, ao discutir a reimaginação da APS após a COVID-19, enfatiza que sistemas centrados na comunidade, com equipes capacitadas e financiamento adequado, são fundamentais para cobertura universal. A OECD (2023b) também destaca que preparação para crises depende de investimentos sustentáveis em pessoal, dados, atenção primária, cadeias de suprimento e governança. A multidisciplinaridade, nesse sentido, é parte da infraestrutura de resiliência, e não um complemento acessório (World Bank, 2022; OECD, 2023).

A gestão local tem papel decisivo para transformar equipe multiprofissional em prática efetiva. É necessário definir fluxos de apoio, agendas compartilhadas, critérios de priorização, protocolos flexíveis, reuniões de discussão de casos, estratégias de educação permanente e formas de avaliação. A atuação multidisciplinar deve

evitar tanto a pulverização de atendimentos isolados quanto a centralização de decisões em uma única categoria profissional. Para isso, gestores precisam garantir condições objetivas de trabalho, como espaço físico, tempo protegido para reuniões, acesso a prontuário, equipamentos, transporte quando necessário e integração com a rede especializada (Brasil, 2023; Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022; OECD; World Bank, 2023).

A experiência internacional mostra que países com sistemas mais orientados por cuidados primários tendem a investir em coordenação, equipes ampliadas, ferramentas digitais, cuidado domiciliar, apoio a condições crônicas e articulação com assistência social. Relatórios comparativos da OECD revelam que qualidade e acesso dependem não apenas de gasto total em saúde, mas da forma como os recursos são distribuídos entre hospitais, atenção primária, prevenção e cuidados comunitários. Para países latino-americanos, o desafio é ainda maior, pois desigualdades sociais e limitações fiscais exigem priorização de estratégias com alto potencial de equidade (OECD, 2022; OECD, 2023; OECD; European Union, 2024).

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, natureza aplicada e objetivo descritivo-analítico. A escolha por revisão integrativa justifica-se pela possibilidade de reunir publicações científicas, documentos oficiais, diretrizes, relatórios técnicos e normas institucionais relacionados à atuação multidisciplinar na APS e ao fortalecimento da saúde coletiva. Esse tipo de revisão permite interpretar diferentes fontes de

evidência, identificar convergências, reconhecer lacunas e organizar uma síntese crítica compatível com a complexidade do tema.

A questão norteadora foi definida nos seguintes termos: de que forma a atuação multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde contribui para o fortalecimento da saúde coletiva? A partir dessa pergunta, foram delimitados três eixos orientadores: a relação entre APS e saúde coletiva; a contribuição das equipes multiprofissionais para a integralidade, a resolutividade e a coordenação do cuidado; e os desafios institucionais, financeiros e organizacionais para a consolidação do trabalho multidisciplinar.

As fontes de busca foram selecionadas de modo a contemplar bases bibliográficas e fontes institucionais reconhecidas. Foram consideradas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Google Acadêmico, portal do Ministério da Saúde, portal da Organização Pan-Americana da Saúde, portal da Organização Mundial da Saúde, publicações da OECD, documentos do Banco Mundial, relatórios das Nações Unidas, bases de dados do e-Gestor Atenção Básica, SISAB e relatórios epidemiológicos recentes. A inclusão de documentos institucionais foi necessária porque o objeto envolve políticas públicas, financiamento, organização de equipes e diretrizes oficiais de APS.

Os descritores utilizados em português foram: “Atenção Primária à Saúde”, “equipe multiprofissional”, “multidisciplinaridade”, “interprofissionalidade”, “saúde coletiva”, “Estratégia Saúde da Família”, “apoio matricial”, “coordenação do cuidado”, “integralidade”, “equidade”, “vigilância em saúde” e “SUS”. Em inglês, utilizaram-se os termos “Primary Health Care”, “multidisciplinary team”, “interprofessional collaboration”, “team-based care”,

“collective health”, “integrated care”, “care coordination”, “health equity”, “community health” e “health systems resilience”. Os descritores foram combinados com operadores booleanos AND e OR, conforme a lógica de cada base.

Foram adotados como critérios de inclusão: publicações entre 2022 e 2026; textos disponíveis integralmente; pertinência direta ou indireta ao tema; documentos oficiais sobre APS, financiamento, força de trabalho, vigilância, equidade ou sistemas de saúde; artigos, relatórios e diretrizes em português, inglês ou espanhol; e materiais com autoria institucional ou científica verificável. Foram excluídos textos anteriores a 2022, documentos sem autoria identificável, publicações opinativas sem base técnico-científica, conteúdos duplicados, trabalhos sem relação com APS ou saúde coletiva e textos que abordavam multidisciplinaridade apenas em contexto hospitalar especializado sem possibilidade de diálogo com a APS.

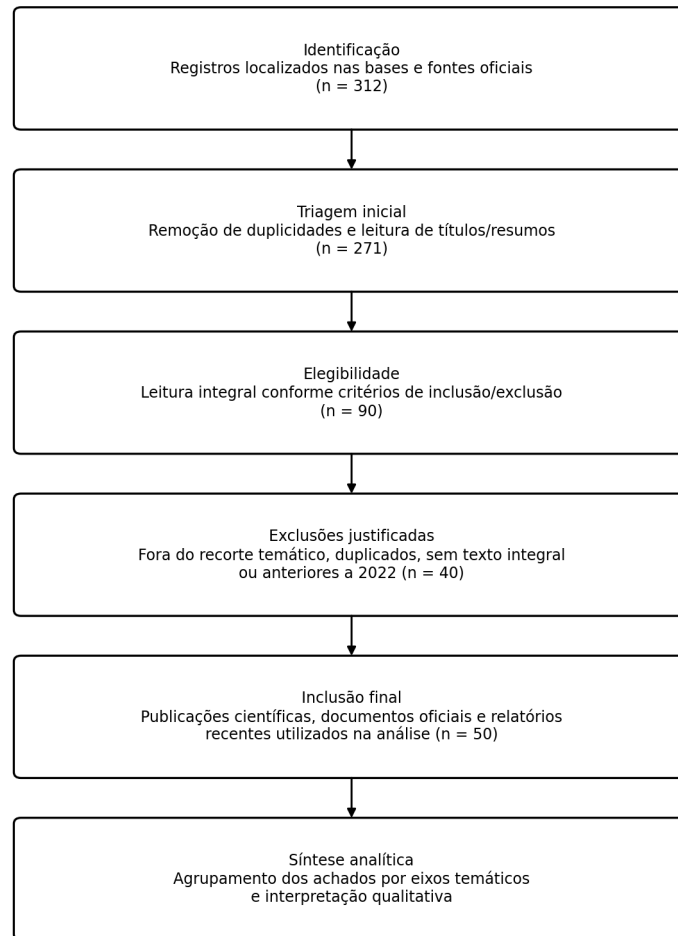
O período de busca foi definido como julho de 2026, considerando o recorte temporal solicitado de publicações recentes. A seleção ocorreu em quatro etapas: identificação das fontes; triagem por título, resumo e pertinência temática; leitura integral dos materiais potencialmente elegíveis; e extração das informações relevantes. Na extração, foram observados objetivo da publicação, relação com APS, contribuição para atuação multidisciplinar, implicações para saúde coletiva, recomendações de gestão, desafios de implementação e evidências sobre equidade, financiamento, vigilância ou coordenação do cuidado.

A análise foi organizada por síntese temática. Inicialmente, as informações foram agrupadas em categorias abertas; em seguida, categorias próximas foram reunidas em eixos analíticos. Os

principais eixos resultantes foram: integração de saberes e ampliação da resolutividade; vigilância, promoção da saúde e determinantes sociais; coordenação da rede e continuidade do cuidado; equidade territorial, participação social e vínculo comunitário; e fragilidades relacionadas a financiamento, gestão do trabalho, sobrecarga e infraestrutura. Essa estratégia permitiu transformar o conjunto de referências em discussão articulada, evitando simples enumeração de publicações.

Por não envolver coleta de dados primários com seres humanos, prontuários, entrevistas, imagens identificáveis ou informações sigilosas, o estudo não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram observados cuidados éticos relacionados à integridade acadêmica, à citação adequada das fontes, à seleção de referências reais e verificáveis e ao respeito ao recorte temporal estabelecido. Como limitação metodológica, reconhece-se que a revisão integrativa não mensura efeito causal da atuação multidisciplinar, mas permite compreender tendências, argumentos, evidências e recomendações recentes para a organização da APS.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa



Fonte: elaboração própria, 2026.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Integração de Saberes e Ampliação da Resolutividade

A análise das publicações selecionadas indica que a atuação multidisciplinar fortalece a APS ao ampliar a capacidade de resposta diante de problemas complexos e recorrentes. A resolutividade não depende apenas da presença de mais profissionais, mas do modo como esses profissionais constroem planos comuns, compartilham informações e definem prioridades. Quando a unidade básica dispõe de equipe de referência e apoio multiprofissional, torna-se possível realizar atendimentos compartilhados, discutir casos, organizar grupos, orientar autocuidado, executar ações coletivas e qualificar encaminhamentos. Essa dinâmica reduz a fragmentação, favorece

continuidade e amplia a confiança dos usuários no serviço (Brasil, 2023a; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022a).

O primeiro resultado relevante é a mudança do foco assistencial. Em modelos centrados em consulta individual e demanda espontânea, a equipe tende a responder tardiamente a problemas já instalados. A atuação multidisciplinar, por outro lado, permite combinar consultas, grupos, visitas domiciliares, ações em escolas, atividades comunitárias, vigilância, campanhas e acompanhamento longitudinal. Essa combinação aproxima o cuidado das condições reais de vida e permite que a APS atue antes do agravamento de doenças. O fortalecimento da saúde coletiva ocorre justamente quando a equipe transforma necessidades individuais em leitura de padrões coletivos, mobilizando intervenções que beneficiam grupos e territórios.

A presença de diferentes núcleos profissionais favorece a clínica ampliada. Um caso de diabetes mal controlado, por exemplo, pode envolver avaliação médica, consulta de enfermagem, orientação nutricional, cuidado farmacêutico, avaliação de saúde bucal, atividade física orientada, visita domiciliar, escuta psicológica e análise social de acesso a alimentos, renda e transporte. Essa abordagem não elimina responsabilidades específicas, mas as organiza em um projeto comum. O mesmo ocorre em situações de sofrimento mental, dor crônica, reabilitação pós-evento agudo, cuidado a idosos frágeis, gestantes vulneráveis e crianças com atraso no desenvolvimento (World Health Organization, 2022c; World Health Organization, 2022d; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022b).

A revisão também evidencia que o apoio matricial é uma tecnologia de gestão do cuidado com impacto direto na resolutividade. Em vez de encaminhar todos os casos para especialistas, a equipe de referência pode discutir situações complexas com profissionais da eMulti e construir respostas compartilhadas. Isso reduz filas desnecessárias, qualifica encaminhamentos inevitáveis e aumenta a segurança clínica da equipe. Para funcionar, o matriciamento exige agenda protegida, comunicação horizontal e reconhecimento do território. Quando tratado apenas como atendimento especializado dentro da unidade, perde sua potência pedagógica e coletiva (Brasil, 2023a; Brasil, 2024b).

Outro achado importante é que a atuação multidisciplinar contribui para qualificar o autocuidado apoiado. Em condições crônicas, a adesão a planos terapêuticos depende de compreensão, vínculo, negociação, disponibilidade de medicamentos, alimentação adequada, apoio familiar e capacidade de lidar com sofrimento emocional. A equipe multiprofissional pode compartilhar tarefas: enquanto um profissional ajusta condutas clínicas, outro trabalha educação alimentar, outro avalia barreiras sociais, outro monitora atividade física e outro acompanha sinais de sofrimento. Essa divisão cooperativa evita sobrecarga de um único profissional e fortalece a autonomia do usuário (World Health Organization, 2023a; OECD, 2023c).

A resolutividade também se relaciona à segurança do cuidado. A World Health Organization (2022g) enfatiza a importância da prevenção e controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo atenção ambulatorial e comunitária. Equipes multidisciplinares podem melhorar fluxos de acolhimento, vacinação, manejo de casos suspeitos, orientação de famílias, uso adequado de equipamentos

de proteção e comunicação de riscos. A segurança não é apenas atributo técnico, mas resultado de organização coletiva do trabalho, clareza de responsabilidades e cultura de aprendizagem.

4.2. Vigilância, Promoção da Saúde e Determinantes Sociais

O segundo eixo identificado refere-se à capacidade das equipes multidisciplinares de integrar vigilância, promoção da saúde e ação sobre determinantes sociais. A APS é o ponto do sistema mais próximo da vida cotidiana e, por isso, tem condições de reconhecer sinais precoces de agravos, mudanças no perfil epidemiológico e necessidades emergentes. Agentes comunitários, enfermeiros, médicos, dentistas, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais e psicólogos observam dimensões distintas do território. Quando essas informações são compartilhadas, a equipe consegue transformar percepções dispersas em planejamento sanitário (Brasil, 2023c; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

A promoção da saúde torna-se mais efetiva quando deixa de ser atividade pontual e passa a integrar o projeto terapêutico e comunitário da unidade. Ações sobre alimentação saudável, práticas corporais, prevenção de violências, saúde mental, saúde bucal, vacinação, prevenção de quedas e redução do uso prejudicial de álcool dependem de abordagens educativas e intersetoriais. A World Health Organization (2022f) alerta para a importância de políticas comunitárias de atividade física, enquanto o relatório sobre álcool e transtornos por uso de substâncias destaca a necessidade de prevenção, cuidado e políticas públicas integradas. Na APS, a equipe multiprofissional pode traduzir essas agendas globais em práticas territorializadas (World Health Organization, 2024b).

O cuidado aos determinantes sociais exige articulação para além da unidade de saúde. Muitas demandas que chegam à APS têm origem em desemprego, insegurança alimentar, violência, isolamento, falta de transporte, baixa escolaridade ou moradia inadequada. A equipe multidisciplinar não resolve sozinha essas questões, mas pode identificá-las, registrá-las, encaminhá-las a redes de proteção, mobilizar políticas intersetoriais e dar visibilidade às desigualdades. A Organização Pan-Americana da Saúde (2022b) destaca que a recuperação de avanços sociais e sanitários exige ação intersetorial e equidade, o que reforça o papel da APS como observatório cotidiano das necessidades sociais.

A vigilância de condições crônicas é outro campo em que a multidisciplinaridade produz ganhos. A carga de doenças e fatores de risco descrita pelo Global Burden of Disease reforça que hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, transtornos mentais e incapacidades precisam ser enfrentados por políticas permanentes e territorializadas. A equipe da APS pode organizar cadastros, estratificar risco, buscar faltosos, monitorar pressão arterial, incentivar atividade física, orientar alimentação, avaliar adesão medicamentosa e acompanhar complicações. A saúde coletiva se fortalece quando esses dados retornam ao planejamento da equipe e não ficam restritos ao preenchimento de sistemas (GBD 2021 Risk Factors Collaborators, 2024; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024).

A tuberculose ilustra a necessidade de atuação integrada. Relatórios globais da World Health Organization (2023b) demonstram que a doença permanece como desafio sanitário relevante e depende de diagnóstico oportuno, tratamento supervisionado, vigilância de contatos e enfrentamento de vulnerabilidades sociais. Na APS, o

cuidado à tuberculose envolve busca ativa, acolhimento, orientação, adesão, vigilância, assistência social e articulação com laboratório e rede especializada. A equipe multidisciplinar torna-se essencial para reduzir abandono, estigma e transmissão comunitária.

A análise dos documentos nacionais também mostra que informação, planejamento e participação social são componentes inseparáveis. O Plano Nacional de Saúde 2024-2027 afirma prioridades para fortalecimento do SUS, redução de desigualdades e qualificação da atenção. Entretanto, a execução local dessas prioridades depende de equipes capazes de interpretar o território e produzir agendas concretas. A multidisciplinaridade potencializa essa interpretação, pois cada profissão observa um aspecto do processo saúde-doença e pode contribuir para uma leitura mais completa da realidade (Brasil, 2024a; Brasil, 2024c).

4.3. Coordenação da Rede e Continuidade do Cuidado

O terceiro eixo diz respeito à coordenação da rede. A APS fortalece a saúde coletiva quando consegue garantir que o usuário seja acompanhado antes, durante e depois de circular por outros pontos de atenção. Essa função é particularmente relevante em sistemas universais, nos quais a atenção especializada precisa apoiar a APS e não substituí-la. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde aponta para maior integração da atenção especializada com a lógica territorial da APS, o que pode reduzir fragmentação e melhorar a continuidade assistencial (Brasil, 2023).

A equipe multidisciplinar contribui para coordenar a rede porque amplia a capacidade de compreender a necessidade de encaminhamento e de preparar o usuário para o cuidado

especializado. Um encaminhamento qualificado exige história clínica, avaliação social, registro de tentativas terapêuticas, exames pertinentes, riscos e prioridades. Após o atendimento especializado, a APS precisa retomar o acompanhamento, ajustar o plano de cuidado e monitorar adesão. Profissionais diferentes podem assumir partes desse processo, desde orientação farmacêutica até reabilitação, apoio psicossocial e acompanhamento domiciliar.

Relatórios comparativos da OECD demonstram que a integração do cuidado e a prevenção de condições crônicas exigem arranjos organizacionais que combinem atenção primária, atenção especializada, serviços comunitários e sistemas de informação. Países que buscam reduzir hospitalizações evitáveis e melhorar experiência do usuário investem em coordenação, equipes ampliadas, protocolos compartilhados e acompanhamento de pessoas com maior risco. Esses elementos são coerentes com a atuação multidisciplinar na APS brasileira, embora sua implementação dependa de financiamento, gestão e infraestrutura (OECD, 2022; OECD, 2023; OECD, 2023).

A continuidade também se expressa no vínculo. O vínculo permite que a equipe conheça trajetórias familiares, condições de moradia, histórico de adesão, medos, crenças, barreiras de acesso e redes de apoio. Sem vínculo, o cuidado tende a ser episódico e prescritivo. Com vínculo, a equipe negocia metas, identifica mudanças, reconhece sinais de agravamento e constrói confiança. A multidisciplinaridade amplia oportunidades de vínculo, pois usuários diferentes se aproximam de profissionais diferentes. Essa diversidade pode fortalecer adesão e participação quando há comunicação interna e projeto comum.

A coordenação do cuidado exige sistemas de informação interoperáveis e cultura de registro qualificado. O e-Gestor e o SISAB fornecem dados fundamentais sobre produção, indicadores e equipes, mas a qualidade desses dados depende do cotidiano de trabalho. Uma equipe multidisciplinar pode utilizar os sistemas para identificar grupos prioritários, monitorar cobertura vacinal, acompanhar gestantes, avaliar hipertensos e diabéticos, revisar faltosos e planejar ações coletivas. Assim, sistemas digitais deixam de ser obrigação burocrática e tornam-se ferramentas de inteligência sanitária local (Brasil, 2025; Brasil, 2025).

No plano internacional, a World Health Organization (2024) e a World Health Organization (2025) indicam que sistemas de saúde enfrentam pressões decorrentes de envelhecimento, doenças crônicas, desigualdades, emergências sanitárias e restrições de força de trabalho. A coordenação pela APS é uma resposta estratégica a essas pressões, mas só se sustenta se equipes tiverem capacidade multiprofissional, tempo para planejamento e integração com redes de apoio. A saúde coletiva se fortalece quando a coordenação do cuidado deixa de ser atribuição abstrata e se materializa em fluxos, comunicação e corresponsabilidade.

4.4. Equidade Territorial, Vínculo Comunitário e Participação Social

O quarto eixo demonstra que a atuação multidisciplinar fortalece a saúde coletiva ao tornar a APS mais sensível às desigualdades. Equidade territorial exige que o serviço reconheça diferenças entre áreas, famílias e grupos sociais, priorizando aqueles em maior vulnerabilidade. A presença de agentes comunitários e profissionais de diversas áreas favorece a identificação de barreiras que não

aparecem em uma consulta breve, como violência doméstica, insegurança alimentar, dificuldades de locomoção, sofrimento psíquico, baixa alfabetização em saúde e falta de rede de apoio. Esse conhecimento é fundamental para planejar ações proporcionais às necessidades.

Documentos internacionais recentes reforçam que a equidade deve orientar a recuperação pós-pandemia e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A United Nations (2023) e a United Nations (2024) apontam retrocessos e desigualdades persistentes que afetam saúde, pobreza, educação, saneamento e proteção social. Na APS, tais desafios se expressam como demandas concretas: crianças com atraso vacinal, idosos sem suporte, pessoas com deficiência sem acesso, mulheres em situação de violência, trabalhadores adoecidos e famílias sem alimentação adequada. A equipe multidisciplinar pode articular respostas clínicas, sociais e comunitárias.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2022) descreve a região das Américas como marcada por desigualdades profundas, transições epidemiológicas complexas e sistemas com diferentes capacidades de resposta. Nesse cenário, a APS tem valor estratégico porque pode aproximar políticas públicas das comunidades. Contudo, a proximidade territorial só se traduz em equidade quando há escuta, participação e flexibilidade. A atuação multidisciplinar amplia repertórios de intervenção: enquanto a enfermagem organiza acompanhamento e vigilância, o serviço social aciona direitos, a psicologia trabalha sofrimento e vínculos, a nutrição aborda alimentação, a odontologia atua em prevenção e tratamento, e a educação física promove práticas corporais.

A participação social, por sua vez, qualifica o planejamento. Conselhos locais, reuniões com lideranças, escuta de usuários, grupos educativos e ações em escolas permitem que a comunidade influencie prioridades e avalie o serviço. Esse processo reduz a distância entre equipe e território, fortalece confiança e torna as ações mais adequadas culturalmente. A equipe multiprofissional deve reconhecer a comunidade como produtora de conhecimento sobre seus problemas, e não apenas como destinatária de orientações técnicas. Essa postura é coerente com a saúde coletiva, que articula ciência, política, direitos e participação (Brasil, 2023d; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

A atuação com populações vulnerabilizadas exige cuidado ético. Pessoas com deficiência, sofrimento mental, condições crônicas complexas, uso prejudicial de álcool, situação de rua ou barreiras socioeconômicas frequentemente enfrentam estigma institucional. A equipe multidisciplinar pode reduzir esse estigma ao construir acolhimento, comunicação acessível, adaptação do cuidado e articulação com redes de proteção. Os relatórios da World Health Organization sobre deficiência, saúde mental, álcool e tecnologias assistivas indicam que inclusão depende de serviços preparados para reconhecer barreiras e construir respostas integradas (World Health Organization, 2022c; World Health Organization, 2022e; World Health Organization, 2024b; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022b).

4.5. Fragilidades: Financiamento, Sobrecarga e Gestão do Trabalho

Apesar dos avanços identificados, a revisão evidencia fragilidades que podem limitar o potencial da atuação multidisciplinar. A

primeira refere-se ao financiamento. Equipes multiprofissionais exigem investimento em pessoal, estrutura, formação, transporte, tecnologia, gestão e avaliação. Quando o financiamento é instável, os municípios têm dificuldade de manter profissionais, planejar ações continuadas e garantir retaguarda adequada. A criação da eMulti e a reorganização do cofinanciamento da APS indicam avanços, mas sua efetividade depende de implementação local, monitoramento e capacidade de gestão (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

A segunda fragilidade é a sobrecarga das equipes. A APS costuma absorver demandas assistenciais, administrativas, sociais e sanitárias simultaneamente. Sem dimensionamento adequado e sem agendas compartilhadas, a equipe multiprofissional pode ser pressionada a produzir atendimentos individuais em série, reproduzindo a fragmentação que deveria superar. A força de trabalho em saúde é reconhecida pela World Health Organization (2022) como elemento central para sistemas resilientes, e a proteção dos trabalhadores é condição para continuidade do cuidado. Nesse sentido, o fortalecimento da saúde coletiva requer gestão do trabalho que garanta tempo de reunião, supervisão, descanso, educação permanente e segurança.

A terceira fragilidade refere-se à formação profissional. Muitos cursos ainda estruturam currículos de forma disciplinar, com pouca experiência interprofissional e baixa inserção em territórios da APS. Profissionais recém-formados podem chegar aos serviços com domínio técnico específico, mas pouca vivência de trabalho compartilhado, planejamento comunitário e análise de determinantes sociais. A educação permanente precisa suprir essa lacuna, articulando teoria e prática, discussão de casos, oficinas, matriciamento, avaliação de indicadores e reflexão sobre processos

de trabalho. A equipe aprende a ser multidisciplinar ao praticar cooperação de modo sistemático.

A quarta fragilidade envolve comunicação e gestão da informação. Prontuários incompletos, sistemas pouco integrados, dificuldade de acesso a dados e ausência de rotinas de análise podem comprometer a coordenação do cuidado. A atuação multiprofissional exige que informações relevantes circulem entre profissionais com segurança, ética e clareza. Isso inclui registros objetivos, reuniões, comunicação com a rede especializada e retorno de encaminhamentos. Sem informação compartilhada, cada atendimento recomeça do zero, gerando duplicidade, perda de vínculo e baixa eficiência.

A quinta fragilidade relaciona-se ao risco de hierarquização interna. Em algumas equipes, a multidisciplinaridade pode ser formal, mas as decisões continuam concentradas em uma profissão ou em lógicas biomédicas. Essa dinâmica reduz a contribuição de saberes como serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, farmácia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e agentes comunitários. O trabalho interprofissional exige reconhecimento de competências, negociação de papéis e horizontalidade na construção de projetos. Isso não elimina diferenças de responsabilidade legal, mas impede que a equipe opere por subordinação simbólica.

A sexta fragilidade é a dificuldade de avaliação. Indicadores tradicionais medem produção, cobertura e alguns resultados clínicos, mas nem sempre captam vínculo, integralidade, resolutividade compartilhada, participação social e qualidade da coordenação. O marco de mensuração da APS propõe dimensões

amplas, mas sua aplicação local demanda capacidade técnica e disponibilidade de dados. Avaliar atuação multidisciplinar exige combinar indicadores quantitativos, análise de processos, satisfação dos usuários, discussão de casos, resultados territoriais e aprendizagem institucional (World Health Organization; United Nations Children’s Fund, 2022a; OECD; World Bank, 2023).

Quadro 1. Síntese dos principais achados da revisão

Eixo analítico	Contribuição da atuação multidisciplinar	Implicação para a saúde coletiva
Integralidade e resolutividade	Atendimentos compartilhados, grupos, apoio matricial e projetos terapêuticos.	Redução da fragmentação e ampliação da resposta às necessidades complexas.
Vigilância e promoção da saúde	Análise de dados, busca ativa, educação em saúde e intervenção territorial.	Prevenção de agravos e leitura coletiva dos processos saúde-doença.
Coordenação do cuidado	Fluxos com atenção especializada, acompanhamento longitudinal e retorno dos encaminhamentos.	Continuidade assistencial e uso mais racional da rede de atenção.
Equidade e participação social	Reconhecimento de vulnerabilidades, escuta comunitária e articulação intersetorial.	Priorização de grupos em maior risco e fortalecimento do controle social.
Gestão do trabalho	Reuniões de equipe, educação permanente, divisão cooperativa de responsabilidades.	Sustentabilidade do cuidado e proteção da força de trabalho.

Fonte: elaboração própria, 2026.

4.6. Síntese Analítica dos Achados

A síntese analítica permite afirmar que a atuação multidisciplinar fortalece a saúde coletiva por quatro mecanismos principais. O primeiro é a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença. Diferentes profissionais observam dimensões clínicas, subjetivas, funcionais, alimentares, sociais, familiares, ambientais e comunitárias. Essa ampliação reduz o risco de respostas simplificadas para problemas complexos e permite construir planos de cuidado mais realistas. O segundo mecanismo é a qualificação da resolutividade, pois a equipe consegue ofertar intervenções diversificadas no próprio território, evitando encaminhamentos desnecessários e aumentando a capacidade de acompanhamento longitudinal. Em perspectiva prospectiva, projeções globais de carga de doença para 2022-2050 e metas internacionais de expansão de serviços reforçam que a APS precisará ampliar capacidade comunitária, prevenção e cuidado integrado para responder ao envelhecimento, às doenças crônicas e às desigualdades de acesso (GBD 2021 Forecasting Collaborators, 2024; World Bank, 2024).

O terceiro mecanismo é a integração entre clínica e vigilância. A equipe multiprofissional transforma atendimentos individuais em informação sobre necessidades coletivas, permitindo organizar grupos, campanhas, busca ativa e ações intersetoriais. Esse movimento é essencial para a saúde coletiva, pois conecta cuidado singular e responsabilidade populacional. O quarto mecanismo é o fortalecimento do vínculo e da participação social. Usuários tendem a reconhecer a unidade como referência quando encontram escuta,

continuidade e respostas articuladas. A participação comunitária, por sua vez, torna o planejamento mais sensível às prioridades locais.

Os achados também mostram que a multidisciplinaridade não é automaticamente transformadora. Ela pode reproduzir fragmentação quando os profissionais atuam em agendas isoladas, sem comunicação e sem projeto comum. Portanto, a efetividade depende de condições organizacionais: reunião de equipe, apoio institucional, prontuário compartilhado, fluxos com a rede, educação permanente, gestão democrática, financiamento e avaliação. A presença de diferentes categorias é condição necessária, mas não suficiente. O elemento decisivo é o processo de trabalho interprofissional.

A análise das referências internacionais e nacionais revela convergência em torno de uma APS orientada por pessoas, comunidades e equidade. Documentos da World Health Organization, Organização Pan-Americana da Saúde, OECD e Banco Mundial indicam que sistemas mais resilientes precisam investir em atenção primária, força de trabalho, prevenção, informação, qualidade e integração. As normas brasileiras recentes sobre eMulti e financiamento da APS apontam nessa direção, embora sua tradução em prática dependa de capacidade municipal e apoio federativo contínuo.

No campo da saúde coletiva, a atuação multidisciplinar tem valor político e técnico. Valor político porque amplia o direito à saúde ao reconhecer necessidades diversas e desigualdades. Valor técnico porque melhora a análise de casos, qualifica intervenções e fortalece a coordenação. A articulação entre esses dois planos é o que

diferencia uma equipe meramente multiprofissional de uma equipe capaz de produzir cuidado integral e transformador no território.

Dessa forma, os resultados indicam que o fortalecimento da saúde coletiva pela APS passa pela consolidação de equipes multiprofissionais com atribuições claras, mas atuação integrada. Isso requer planejamento territorial, cuidado compartilhado, participação dos usuários, formação interprofissional e financiamento sustentável. Requer também superar a oposição artificial entre clínica e saúde pública: na APS, a clínica qualificada é coletiva quando se orienta pelo território, e a saúde coletiva se concretiza quando transforma necessidades sociais em cuidado acessível, longitudinal e humano.

Outro elemento decisivo é a capacidade de transformar dados em decisões locais. A APS dispõe de informações sobre cadastro, visitas, atendimentos, vacinação, doenças crônicas, saúde bucal, acompanhamento pré-natal e condições de vulnerabilidade. Entretanto, esses dados só fortalecem a saúde coletiva quando são discutidos em equipe, convertidos em prioridades e articulados com ações concretas. A atuação multidisciplinar favorece essa interpretação porque profissionais distintos ajudam a compreender por que determinados indicadores pioram, por que famílias deixam de comparecer e quais barreiras sociais limitam a adesão ao cuidado (Brasil, 2025; Brasil, 2025; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022).

A análise também evidencia que a eMulti pode ser compreendida como estratégia de reorganização do trabalho, e não apenas como ampliação numérica de profissionais. Ao instituir modalidades de equipes multiprofissionais na APS, a normativa federal cria

possibilidade de apoio ao cuidado de populações adscritas e de qualificação de ações coletivas. Para que essa possibilidade se materialize, é indispensável que municípios definam fluxos de solicitação, critérios de priorização, agendas compartilhadas, reuniões de matriciamento e formas de monitoramento dos resultados alcançados (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

No enfrentamento de condições crônicas, a multidisciplinaridade evita que o cuidado se restrinja à prescrição medicamentosa. Hipertensão, diabetes, obesidade, doença cardiovascular, sofrimento mental e problemas osteomusculares exigem combinação entre avaliação clínica, orientação alimentar, prática corporal, apoio psicossocial, reabilitação, adesão terapêutica, educação em saúde e acompanhamento familiar. Essa combinação tem maior chance de ocorrer quando a APS organiza planos de cuidado integrados e revisados periodicamente, em vez de atendimentos isolados por categoria profissional (Mancia *et al.*, 2023; McEvoy *et al.*, 2024; World Health Organization, 2023).

A promoção da saúde bucal, da saúde mental, da atividade física e da funcionalidade reforça a mesma conclusão. A carga de adoecimento contemporânea não se limita às doenças infecciosas ou aos episódios agudos, mas inclui incapacidades, transtornos mentais, dor, perda funcional e impactos sociais acumulados. A saúde coletiva ganha densidade quando a APS incorpora essas dimensões ao cuidado cotidiano, reconhecendo que prevenção, reabilitação, apoio comunitário e redução de estigma também são responsabilidades sanitárias do território (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022).

Em contextos de crise sanitária, a equipe multidisciplinar amplia resiliência institucional. A pandemia de Covid-19 mostrou que unidades básicas precisam reorganizar fluxos, manter cuidado de rotina, comunicar riscos, apoiar famílias e lidar com sofrimento social. A literatura institucional recente destaca que sistemas resilientes dependem de APS forte, vigilância ativa, comunicação, coordenação e proteção da força de trabalho. Esses elementos não são produzidos por uma categoria isolada, mas por equipes capazes de aprender coletivamente e adaptar o processo de trabalho (Fiocruz, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; OECD, 2023).

A sustentabilidade financeira é um ponto transversal. A ampliação do acesso e da qualidade na APS demanda recursos para pessoal, infraestrutura, formação, tecnologia, transporte sanitário, insumos, apoio diagnóstico e tempo protegido para planejamento. A comissão da Lancet Global Health sobre financiamento da atenção primária reforça a necessidade de colocar pessoas e comunidades no centro do financiamento, o que significa direcionar investimentos para serviços próximos do cotidiano da população. No Brasil, a discussão sobre cofinanciamento federal da APS se relaciona diretamente à capacidade de sustentar equipes multiprofissionais e reduzir desigualdades regionais (Hanson *et al.*, 2022; Brasil, 2024; World Bank, 2022).

Do ponto de vista pedagógico, a formação profissional precisa acompanhar a complexidade do trabalho. Equipes multidisciplinares exigem competências de comunicação, escuta, decisão compartilhada, registro qualificado, educação popular, gestão de conflitos, análise territorial e trabalho intersetorial. A educação permanente em saúde deve partir de problemas reais do território e

incluir discussão de casos, análise de indicadores, revisão de fluxos e avaliação das ações coletivas. Dessa maneira, a formação deixa de ser evento pontual e torna-se componente contínuo da gestão do cuidado (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Por fim, os achados permitem compreender que a atuação multidisciplinar fortalece a saúde coletiva porque aproxima três dimensões que frequentemente aparecem separadas: cuidado individual, planejamento populacional e garantia de direitos. Quando essas dimensões são integradas, a APS passa a funcionar como espaço de produção de vínculo, prevenção, vigilância, participação social e coordenação da rede. Essa integração é especialmente importante em países com profundas desigualdades, nos quais a universalidade do direito à saúde depende de capacidade concreta de chegar às pessoas em seus territórios (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; United Nations, 2024; World Health Organization, 2025).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atingiu seu objetivo ao analisar de que forma a atuação multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde contribui para o fortalecimento da saúde coletiva. A revisão demonstrou que a integração entre diferentes profissões amplia a resolutividade, qualifica a integralidade, fortalece a vigilância territorial, melhora a coordenação do cuidado e torna a APS mais sensível às desigualdades sociais e às necessidades comunitárias.

A atuação multidisciplinar fortalece a saúde coletiva porque permite transformar problemas individuais em leitura territorial, articular ações clínicas e coletivas, construir projetos terapêuticos compartilhados e organizar respostas que consideram determinantes sociais da saúde. Quando há comunicação, planejamento comum e corresponsabilização, a equipe deixa de atuar de forma fragmentada e passa a produzir cuidado longitudinal, inclusivo e orientado pela equidade.

Os achados indicam que a presença de múltiplos profissionais é necessária, mas não suficiente. O diferencial está no processo de trabalho interprofissional, sustentado por reuniões de equipe, apoio matricial, educação permanente, prontuário compartilhado, participação social e gestão democrática. Sem essas condições, a multidisciplinaridade pode ser reduzida a atendimentos paralelos e pouco articulados.

Também se conclui que financiamento estável, valorização da força de trabalho e integração entre APS, vigilância e atenção especializada são condições indispensáveis para consolidar equipes multiprofissionais. A saúde coletiva se fortalece quando a APS dispõe de recursos, profissionais, tempo e autonomia para planejar ações no território e acompanhar pessoas e famílias de forma contínua.

Como limitação, este estudo não mensurou quantitativamente o impacto da atuação multidisciplinar sobre indicadores específicos, por tratar-se de revisão integrativa qualitativa. Recomenda-se que pesquisas futuras avaliem experiências municipais, indicadores de resolutividade, satisfação dos usuários, redução de encaminhamentos, continuidade do cuidado e efeitos da eMulti

sobre a organização da APS. Ainda assim, a análise realizada permite afirmar que a atuação multidisciplinar é estratégia essencial para uma APS mais integral, resolutiva, democrática e comprometida com o fortalecimento da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2023d. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica:** informação e gestão da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção

Especializada em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2023a. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2023:** análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

FIOCRUZ. **Observatório Covid-19:** balanço de dois anos da pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>. Acesso em: 9 jul. 2026.

GBD 2021 DEMOGRAPHICS COLLABORATORS. **Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic:** a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, London, v. 403, n. 10440, p. 1989-2056, 2024. Disponível em: <https://www.thelancet.com>. Acesso em: 9 jul. 2026.

GBD 2021 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. **Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021:** a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, London, v. 403, n. 10440, p. 2133-2161, 2024. Disponível em: <https://www.thelancet.com>. Acesso em: 9 jul. 2026.

GBD 2021 FORECASTING COLLABORATORS. **Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050:** a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, London, v. 403, n. 10440, p. 2204-2256, 2024. Disponível em: <https://www.thelancet.com>. Acesso em: 9 jul. 2026.

GBD 2021 RISK FACTORS COLLABORATORS. **Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021:** a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, London, v. 403, n. 10440, p. 2162-2203, 2024. Disponível em: <https://www.thelancet.com>. Acesso em: 9 jul. 2026.

HANSON, Kara et al. **The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre.** The Lancet Global Health, London, v. 10, n. 5, p. e715-e772, 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com>. Acesso em: 9 jul. 2026.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease Study 2021: results.** Seattle: IHME, 2024. Disponível em: <https://www.healthdata.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

MANCIA, Giuseppe et al. **2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension.** Journal of Hypertension, London, v. 41, n. 12, p. 1874-2071, 2023. Disponível em: <https://journals.lww.com/jhypertension>. Acesso em: 9 jul. 2026.

MCEVOY, John William et al. **2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension.** European Heart Journal, Oxford, v. 45, n. 38, p. 3912-4018, 2024. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj>. Acesso em: 9 jul. 2026.

OECD; EUROPEAN UNION. **Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle.** Paris: OECD Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

OECD; WORLD BANK. **Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023.** Paris: OECD Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

OECD. **Health at a Glance 2023: OECD Indicators.** Paris: OECD Publishing, 2023a. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em:

9 jul. 2026.

OECD. **Health at a Glance: Europe 2022:** State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

OECD. **Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases:** Best Practices in Public Health. Paris: OECD Publishing, 2023c. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

OECD. **Ready for the Next Crisis?** Investing in Health System Resilience. Paris: OECD Publishing, 2023b. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Core Indicators 2023:** Health Trends in the Americas. Washington, DC: OPAS, 2023a. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Core Indicators 2024:** Health Trends in the Americas. Washington, DC: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Health in the Americas 2022.** Washington, DC: OPAS, 2022a. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Policy for recovering progress toward the Sustainable Development Goals with equity through action on the social determinants of health and intersectoral work.** Washington, DC: OPAS, 2022b. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Strategy for building resilient health systems and post-COVID-19 pandemic recovery to sustain and protect public health gains.** Washington, DC: OPAS, 2022c. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2023:** Special Edition. New York: United Nations, 2023. Disponível em: <https://unstats.un.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2024.** New York: United Nations, 2024. Disponível em: <https://unstats.un.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD BANK. **From Double Shock to Double Recovery:** Health Financing in the Time of COVID-19. Washington, DC: World Bank, 2022b. Disponível em: <https://www.worldbank.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD BANK. **The World Bank Group aims to expand health services to 1.5 billion people by 2030.** Washington, DC: World Bank, 2024. Disponível em: <https://www.worldbank.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD BANK. **Walking the Talk:** Reimagining Primary Health Care after COVID-19. Washington, DC: World Bank, 2022a. Disponível em: <https://www.worldbank.org>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Health and care workforce in Europe:** time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/europe>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Global report on assistive technology.** Geneva: WHO; UNICEF, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Primary health care measurement framework and indicators:** monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO; UNICEF, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health and care worker compact.** Geneva: WHO, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report:** towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO, 2022d. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities.** Geneva: WHO, 2022e. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension:** the race against a silent killer. Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on infection prevention and control.** Geneva: WHO, 2022g. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.** Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on physical activity 2022.** Geneva: WHO, 2022f. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2023.** Geneva: WHO, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working for Health 2022-2030 Action Plan.** Geneva: WHO, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2024:** monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2025:** monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report:** transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022c. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 9 jul. 2026.

¹ Enfermeira, pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva — UTI, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás — UFG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2055-7372>

² Graduada em Administração de Empresas pela Universidade Veiga de Almeida. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5607-1198>

³ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense — UNESC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9141-0571>

⁴ Acadêmico do curso de Fisioterapia da Faculdade Serra do Carmo — FASEC. E-mail: [arq.quixa acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8781-0134>

⁵ Farmacêutica, especialista em Farmácia Oncológica, Farmácia Clínica e Farmácia Hospitalar, formada pelo Centro Universitário Autônomo do Brasil — UniBrasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1299-0678>

⁶ Pós-graduada pela Universidade Federal da Paraíba — UFPB. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5024-322X>

⁷ Graduanda em Biomedicina. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9942-6154>

⁸ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Brasília — UniCEUB. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Enfermeira pela Faculdades Integradas de Patos- FIP (Fundação Francisco Mascarenha). Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva — UTI Adulto pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília - IESC e Unidade de Terapia Intensiva em Neonatal pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia- FAMEC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Mestre, vinculada à Universidade Federal de Goiás — UFG e à Pontifícia Universidade Católica de Goiás — PUC Goiás. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7070-4579>

¹¹ Turismóloga pela Faculdade Anhanguera. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Psicóloga. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4541-3020>

¹³ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos — UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁴ Mestre em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco — UFPE. Tecnólogo em Radiologia pelo Centro Universitário de Patos — UNIFIP. Especialista em Radioterapia pela Faculdade de Tecnologia do Amapá — FATAP e especialista em Metodologias Ativas, Saúde Pública e Saúde Coletiva pela FACEMINAS. Docente e pesquisador vinculado ao Centro Universitário de Patos — UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8888-0932>

