

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**MULTIPROFESSIONAL TEAM PERFORMANCE IN THE FAMILY HEALTH
STRATEGY FOR HEALTH PROMOTION: AN INTEGRATIVE LITERATURE
REVIEW**

Ciências da Saúde • 23/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/787461280](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/787461280)

Disley José dos Santos¹

Grazielle Pereira Barbosa²

Patrícia Andreia Zanetti Ballardin Roncato³

Fabiana Loyde Wakai Jorge Pinho⁴

Maria de Nazaré da Conceição Días⁵

Maria do Socorro Tomé Lopes⁶

Kelli Patricia Alves⁷

Ildamar Aparecida de Souza Domingues⁸

Kelly Cristina dos Santos Pires⁹

Manoel da Silva Melo¹⁰

Juliana Ferreira Nunes Romão¹¹

Erick Vinicius Rocha da Silva¹²

Isabelle Giovanna Teixeira de Mendonça¹³

Paula Gomes Brasil Soares¹⁴

Matheus Azevedo Reis¹⁵

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família constitui o principal arranjo organizacional da atenção primária no Sistema Único de Saúde e depende da articulação entre diferentes núcleos profissionais para responder às necessidades do território. Este estudo analisou as contribuições, os limites e as estratégias de atuação da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família para a promoção da saúde. Realizou-se revisão integrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, com buscas em PubMed/MEDLINE e SciELO, complementadas por documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, publicados entre 2022 e 2026. Foram sintetizados 40 estudos científicos e 10 documentos normativos ou institucionais. Os achados indicam que a atuação multiprofissional amplia a integralidade, favorece ações coletivas, fortalece o manejo de condições crônicas, a saúde mental, a vigilância e a coordenação do cuidado, especialmente quando há comunicação interprofissional, planejamento territorial, participação dos agentes comunitários e educação permanente. Persistem desafios relacionados à fragmentação do trabalho, sobrecarga, desigualdades de oferta, rotatividade profissional e integração insuficiente com a rede. Conclui-se que a multiprofissionalidade produz melhores condições para promoção da saúde quando organizada por práticas colaborativas, vínculo territorial e corresponsabilização clínica e sanitária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Equipe Multiprofissional; Promoção da Saúde; Trabalho Interprofissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the main organizational arrangement of primary health care within the Brazilian Unified Health System

and relies on articulation among different professional groups to respond to territorial needs. This study analyzed the contributions, limitations, and strategies of multiprofessional teams in the Family Health Strategy for health promotion. An integrative review with a qualitative, descriptive-exploratory approach was conducted through searches in PubMed/MEDLINE and SciELO, complemented by official documents from the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization, published from 2022 to 2026. Forty scientific studies and ten normative or institutional documents were synthesized. Findings indicate that multiprofessional work broadens comprehensiveness, supports collective actions, strengthens chronic condition management, mental health, surveillance, and care coordination, particularly when supported by interprofessional communication, territorial planning, community health worker participation, and continuing education. Challenges remain regarding work fragmentation, overload, unequal availability, staff turnover, and insufficient network integration. It is concluded that multiprofessional practice creates better conditions for health promotion when organized around collaborative practices, territorial bonds, and shared clinical and public health responsibility.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Multiprofessional Team; Health Promotion; Interprofessional Work.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica nos sistemas universais por articular acesso de primeiro contato, continuidade, abrangência do cuidado e coordenação de serviços, além de aproximar ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do cotidiano das pessoas. O marco de mensuração proposto pela Organização Mundial da Saúde e pelo

UNICEF enfatiza equipes multidisciplinares, vínculo com comunidades, alcance proativo da população e integração de serviços como componentes do modelo de cuidado orientado pela APS (World Health Organization; UNICEF, 2022; World Health Organization, 2025).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se o arranjo prioritário de organização da APS e apresenta associação consistente com desfechos favoráveis de saúde, sobretudo quando a cobertura se sustenta no tempo e se combina com capacidade territorial, longitudinalidade e acesso efetivo. Estudos recentes identificaram associação entre exposição à ESF e redução de mortalidade adulta por condições sensíveis à atenção primária, além de benefícios sobre a saúde de adultos residentes em regiões metropolitanas (Montoya Diaz *et al.*, 2022; Ferreira-Batista *et al.*, 2022).

A literatura também demonstra que a ampliação da atenção primária pode contribuir para metas populacionais de saúde e produzir efeitos de longo prazo que ultrapassam o atendimento de episódios agudos. Modelagens em grandes cidades brasileiras indicaram potencial de contribuição da expansão da APS para objetivos de saúde relacionados ao desenvolvimento sustentável, enquanto análises econômicas longitudinais reforçaram o valor do investimento continuado no primeiro nível de atenção (Basu *et al.*, 2022; Ferreira-Batista *et al.*, 2023).

A efetividade da ESF, entretanto, não resulta apenas do aumento numérico de equipes. A organização do processo de trabalho, a composição profissional, a integração clínica e sanitária, a qualidade do vínculo e a capacidade de compartilhar decisões condicionam a

abrangência da resposta oferecida. Experiências brasileiras mostram que modelos organizacionais mais próximos da lógica da Saúde da Família apresentam maior aderência a práticas de planejamento, avaliação e cuidado abrangente do que arranjos tradicionais pouco territorializados (Castanheira *et al.*, 2024; Carmo; Silva; Campos, 2023; Garcia; Socal, 2022).

Nesse contexto, a multiprofissionalidade adquire relevância por permitir que necessidades complexas sejam abordadas a partir de diferentes competências, reduzindo a tendência à fragmentação por categorias. A colaboração interprofissional envolve comunicação, interdependência, definição negociada de papéis e elaboração compartilhada de planos de cuidado. Estudos em serviços brasileiros observaram que o clima de equipe e as condições de colaboração se relacionam à percepção dos atributos da APS e à possibilidade de cuidado centrado nas pessoas (Brito *et al.*, 2022; Peduzzi *et al.*, 2024).

A retomada federal das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), a partir de 2023, recolocou institucionalmente o apoio multiprofissional como componente relevante da política nacional. A mudança buscou fortalecer cuidado compartilhado, ampliar categorias profissionais, admitir arranjos com atendimento remoto e induzir articulação entre eMulti e equipes de Saúde da Família, movimento que responde a lacunas observadas após a descontinuidade do financiamento federal do antigo NASF (Brasil, 2023; Brasil, 2023; Brasil, 2023c; Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Paralelamente, mudanças no financiamento, na avaliação e na produção de informação em APS passaram a valorizar vínculo, acompanhamento territorial, qualidade e ações interprofissionais. O

Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024 incorporou dimensões sobre composição das equipes, saúde digital, promoção da saúde, coordenação do cuidado e integração da rede, oferecendo base para uma leitura mais ampla da capacidade instalada e do processo de trabalho (Brasil, 2024b; Bousquat *et al.*, 2026; Tomasi *et al.*, 2025).

A promoção da saúde, nesse cenário, deve ser compreendida como dimensão transversal do trabalho cotidiano, e não como conjunto isolado de campanhas. Ações sobre condições crônicas, saúde mental, alimentação, atividade física, saúde bucal, vigilância, autocuidado apoiado e participação comunitária demandam articulação entre competências clínicas, educativas e sociais, com capacidade de reconhecer vulnerabilidades e recursos do território (Palasson *et al.*, 2023; Teixeira *et al.*, 2024b; Facchini *et al.*, 2025).

Persistem, contudo, obstáculos relacionados à rotatividade profissional, sobrecarga, agendas fragmentadas, baixa integração entre serviços, insuficiência de espaços de discussão de casos e desigualdade regional da oferta. Estudos sobre agentes comunitários de saúde e organização das equipes durante e após a pandemia evidenciam que a proximidade territorial foi essencial para continuidade de ações, mas também expôs fragilidades de infraestrutura, comunicação e proteção do trabalho (Vieira-Meyer *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2025a).

Diante desse quadro, torna-se relevante sintetizar evidências recentes capazes de esclarecer em quais condições a composição multiprofissional se converte, de fato, em prática colaborativa e em maior capacidade de promoção da saúde (Oliveira *et al.*, 2025a; Peduzzi *et al.*, 2024). O objetivo deste estudo é analisar, por meio de

revisão integrativa da literatura, as contribuições, os limites e as estratégias de atuação da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família para a promoção da saúde, com ênfase na integralidade, interprofissionalidade, prevenção de agravos, participação comunitária e coordenação do cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Estratégia Saúde da Família e Promoção da Saúde

A trajetória recente da ESF mostra que sua consolidação combina expansão territorial, mudanças regulatórias e disputas sobre o modelo de atenção. Análises temporais apontaram crescimento de indicadores de implantação em períodos anteriores, seguido por estabilização ou queda de alguns componentes após a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, sobretudo no número de agentes comunitários de saúde. Esse movimento reforça que cobertura nominal e capacidade de cuidado não são dimensões equivalentes (Carmo; Silva; Campos, 2023).

Ao considerar resultados populacionais, evidências provenientes de diferentes desenhos de estudo convergem para a relevância da ESF. Avaliações de mortalidade adulta e condições sensíveis à atenção primária demonstram que maior exposição ao programa pode reduzir riscos e gerar efeitos cumulativos. Ao mesmo tempo, o impacto depende da qualidade da atenção, do acesso, da qualificação profissional e da articulação com outros pontos da rede, o que impede interpretações meramente quantitativas da cobertura (Montoya Diaz *et al.*, 2022; Veloso; Caldeira, 2022).

A resposta da atenção primária durante a pandemia de COVID-19 tornou visível a importância da presença territorial. Municípios com

maior intensidade de ESF apresentaram melhor desempenho em determinados indicadores de mortalidade, visitas domiciliares, vacinação e atividades de promoção da saúde, indicando que equipes territorializadas podem funcionar como infraestrutura social e sanitária para crises, desde que mantenham capacidade de acesso e vínculo (Teixeira *et al.*, 2024a).

A promoção da saúde na ESF se materializa na combinação entre abordagem individual, familiar e coletiva. O acompanhamento de pessoas com diabetes, por exemplo, exige mais do que controle biomédico: inclui educação para o autocuidado, pactuação de metas, comunicação compreensível, avaliação de riscos sociais e continuidade. A percepção de usuários com diabetes mostra que lacunas na individualização e no diálogo limitam a qualidade mesmo quando existe acompanhamento regular (Palasson *et al.*, 2023).

A saúde mental também ilustra a potência de ações multiprofissionais orientadas à promoção. Intervenções grupais, práticas mente-corpo e estratégias psicossociais podem ampliar autocuidado e suporte em comunidades vulneráveis quando integradas à rotina das unidades, evitando a separação rígida entre sofrimento psíquico e demais necessidades de saúde (Teixeira *et al.*, 2024).

Em perspectiva abrangente, a ESF opera como plataforma para resultados que incluem doenças transmissíveis, condições crônicas e equidade. Estudos de coorte associaram exposição à atenção primária comunitária a menores taxas de incidência e mortalidade por AIDS e a melhores resultados no enfrentamento da tuberculose, reforçando o papel do primeiro nível de atenção na prevenção,

diagnóstico oportuno, adesão e articulação com vigilância (Pinto *et al.*, 2024; Jesus *et al.*, 2022).

2.2. Interprofissionalidade e Equipes Multiprofissionais na APS

Multiprofissionalidade descreve a presença de diferentes profissões em um mesmo arranjo de cuidado, enquanto interprofissionalidade pressupõe interação deliberada, complementaridade e construção compartilhada de decisões. A distinção é central, pois equipes numerosas podem reproduzir práticas paralelas se não houver comunicação clínica, objetivos comuns, responsabilidades pactuadas e mecanismos de coordenação (Brito *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2025).

O trabalho colaborativo ganha densidade quando as reuniões de equipe deixam de ser apenas administrativas e passam a funcionar como espaço de análise do território, discussão de casos, planejamento de ações, pactuação de responsabilidades e aprendizagem. A associação entre clima de equipe e atributos percebidos pelos usuários sugere que relações internas mais colaborativas podem repercutir na experiência de cuidado e na capacidade de resposta da APS (Peduzzi *et al.*, 2024).

A experiência brasileira dos núcleos de apoio e, mais recentemente, das eMulti evidencia que o apoio multiprofissional precisa preservar uma lógica de compartilhamento, em vez de se transformar em simples ambulatório de especialidades. A Portaria GM/MS nº 635/2023 e as diretrizes subsequentes estabelecem vinculação das eMulti a equipes da APS e admitem atendimento remoto, mas a efetividade dessa arquitetura depende de processos que assegurem

comunicação bidirecional e corresponsabilização (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b; Brasil, 2023c).

A análise crítica da retomada das eMulti aponta potencial para ampliar escopo, acesso a categorias profissionais e cuidado compartilhado, ao mesmo tempo em que alerta para riscos de fragmentação caso os incentivos favoreçam produção isolada ou encaminhamentos internos sem discussão conjunta. O desafio é converter diversidade profissional em integração efetiva ao projeto terapêutico e ao planejamento territorial (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

A educação permanente é um dispositivo decisivo para essa transformação porque permite problematizar conflitos reais do processo de trabalho. Evidências sobre formação continuada em APS mostram que atividades conectadas às necessidades do serviço favorecem mudança de práticas e desenvolvimento de competências, enquanto ações pontuais, descontextualizadas e centradas apenas na transmissão de conteúdo tendem a ter menor capacidade de reorganização do trabalho (Lourenço; Coelho; Merhy, 2023; Cortez *et al.*, 2023).

Mudanças de financiamento também interferem na lógica das equipes. Modelos de pagamento por desempenho podem induzir atenção a indicadores relevantes, mas podem produzir efeitos não desejados quando metas são dissociadas da complexidade territorial ou reduzem a atenção a dimensões não mensuradas. A comparação do modelo brasileiro com experiências internacionais reforça a necessidade de combinar incentivos, qualidade, equidade e autonomia clínica responsável (Dantas Gurgel *et al.*, 2023).

2.3. Territorialização, Vínculo e Participação Comunitária

Territorialização não se limita à delimitação geográfica de áreas de abrangência. Trata-se de processo contínuo de reconhecimento de população, redes sociais, condições de vida, riscos, equipamentos públicos e barreiras de acesso. O trabalho dos agentes comunitários de saúde ocupa posição singular nesse processo porque articula conhecimentos técnicos e cotidianos, atualiza necessidades e sustenta a presença da equipe fora da unidade (Morosini *et al.*, 2025).

Durante a pandemia, agentes comunitários relataram alterações profundas em rotinas, visitas, educação em saúde e comunicação com usuários. A experiência demonstrou que, mesmo diante de restrições, esses trabalhadores foram essenciais para circulação de informação e manutenção de vínculos, mas também enfrentaram incerteza normativa, riscos ocupacionais e recursos insuficientes, evidenciando a necessidade de integração real com os demais profissionais (Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

A participação comunitária amplia a capacidade de a equipe compreender prioridades que não aparecem de forma adequada nos registros assistenciais. A literatura recente sobre os trinta anos da ESF destaca conselhos, grupos, educação popular e outras formas de participação como meios de produzir corresponsabilidade e tensionar modelos excessivamente centrados na unidade, embora a institucionalização de espaços participativos permaneça desigual (Cruz *et al.*, 2025).

O vínculo territorial também influencia continuidade e avaliação da experiência do usuário. Dados nacionais mostram diferenças relevantes nas experiências de atenção primária entre pessoas

vinculadas à ESF e outros arranjos, sugerindo que adscrição e longitudinalidade precisam ser acompanhadas por acesso oportuno, respeito, comunicação e coordenação. A simples existência formal de cadastro não garante relação terapêutica duradoura (Macinko; Mullachery, 2022).

A distribuição territorial das equipes permanece heterogênea. Análises recentes da cobertura entre 2009 e 2023 mostram variações geográficas e relação com características socioeconômicas, o que reforça a importância de políticas redistributivas de força de trabalho, financiamento e infraestrutura para reduzir vazios assistenciais (Barbosa *et al.*, 2025).

2.4. Integralidade, Equidade e Coordenação do Cuidado

Integralidade envolve capacidade de reconhecer e responder a um conjunto amplo de necessidades, articulando prevenção, cuidado clínico, reabilitação e suporte social. Modelos de organização com forte presença da Saúde da Família tendem a se aproximar dessa lógica quando dispõem de planejamento local, gestão participativa e rede de referência funcional (Castanheira *et al.*, 2024).

A coordenação do cuidado permanece um dos principais desafios para a ESF. Mesmo com avanços no acesso, persistem dificuldades de comunicação entre níveis, contrarreferência irregular, filas, duplicidade de procedimentos e responsabilização pouco clara após encaminhamentos. Discussões recentes sobre os trinta anos da estratégia defendem mecanismos regionais de integração, compartilhamento de informação e responsabilização longitudinal (Melo *et al.*, 2025).

Saúde digital pode apoiar continuidade e coordenação, especialmente em acompanhamento domiciliar, monitoramento de condições crônicas, apoio matricial remoto e comunicação com equipes. Revisões recentes apontam potencial de intervenções digitais para idosos, mas alertam que efetividade depende de acessibilidade, letramento digital, interoperabilidade e preservação do vínculo humano. Entre pessoas idosas dependentes, barreiras percebidas por gestores da atenção primária também reforçam a necessidade de coordenação entre cuidado domiciliar, rede social e equipe de referência (Silva *et al.*, 2024; Gonçalves *et al.*, 2024).

A qualificação da força de trabalho também se relaciona aos desfechos. Estudo longitudinal em Belo Horizonte encontrou associação entre maior concentração de médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade e redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, sugerindo que especialização e organização de equipe podem se somar na produção de efetividade (Rodrigues *et al.*, 2025).

A integração entre vigilância e atenção primária é outro componente da integralidade, particularmente diante de arboviroses, doenças transmissíveis e eventos emergentes. A experiência acumulada indica que separações rígidas entre vigilância e assistência reduzem capacidade de resposta territorial; a articulação deve envolver análise de dados, busca ativa, comunicação de risco, ações comunitárias e cuidado clínico (Facchini *et al.*, 2025; Cerqueira-Silva *et al.*, 2024).

A saúde bucal reforça o caráter multiprofissional da ESF. A evolução das equipes de saúde bucal vinculadas à estratégia demonstra avanços, mas também oscilações e desigualdades de cobertura. A

integração da saúde bucal ao planejamento territorial e às linhas de cuidado evita que a odontologia funcione como serviço paralelo e amplia oportunidades de promoção e prevenção ao longo do curso de vida (Menezes *et al.*, 2025).

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza aplicada ao campo da organização de serviços e caráter descritivo-exploratório. A revisão integrativa foi escolhida por permitir reunir estudos com diferentes delineamentos e documentos técnico-normativos, mantendo foco em uma pergunta comum: de que forma a atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família contribui para promoção da saúde e quais fatores favorecem ou limitam essa contribuição?

A busca bibliográfica foi realizada em 12 e 13 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a literatura normativa e institucional, foram consultados os portais oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A escolha das fontes considerou a cobertura de estudos nacionais de APS, publicações biomédicas e de saúde coletiva, bem como documentos regulatórios diretamente relacionados à organização das equipes multiprofissionais.

Foram empregados descritores DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês: “Atenção Primária à Saúde”/“Primary Health Care”, “Estratégia Saúde da Família”/“Family Health Strategy”, “Promoção da Saúde”/“Health Promotion”, “Equipe de Assistência ao Paciente”/“Patient Care Team”, “Relações Interprofissionais”/“Interprofessional Relations”, “Agentes

Comunitários de Saúde”/“Community Health Workers”, “Coordenação do Cuidado”/“Care Coordination” e “Brasil”/“Brazil”. As combinações foram realizadas com operadores AND e OR, adequadas à sintaxe de cada base.

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2022 e agosto de 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem a ESF ou a APS brasileira e apresentassem relação direta com trabalho multiprofissional, promoção da saúde, organização de equipes, coordenação do cuidado, participação comunitária, educação permanente, vigilância, condições crônicas ou resultados associados à atenção primária. Também foram incluídos documentos oficiais recentes indispensáveis para compreender eMulti, financiamento, avaliação e parâmetros contemporâneos de APS.

Foram excluídos registros duplicados; publicações anteriores a 2022; textos sem relação substantiva com a APS ou com a ESF; estudos estritamente hospitalares; trabalhos centrados em procedimento ou especialidade sem interface com organização da atenção primária; editoriais sem contribuição analítica pertinente; e materiais de origem não verificável. Quando títulos semelhantes apareciam em mais de uma fonte, foi priorizada a versão de registro do periódico, PubMed, SciELO ou portal institucional oficial.

A seleção ocorreu em quatro etapas: identificação das publicações por estratégias de busca; remoção de duplicidades; leitura de títulos e resumos para aderência temática; e leitura do conteúdo disponível das publicações potencialmente elegíveis. A síntese final foi composta por 40 publicações científicas. Dez documentos

normativos ou institucionais foram utilizados como suporte contextual e regulatório, totalizando 50 referências citadas no artigo.

Para extração dos dados científicos foi utilizada matriz analítica com os campos: autoria e ano; objetivo; desenho; cenário; população ou unidade de análise; dimensão do trabalho multiprofissional; ação de promoção da saúde; resultados principais; barreiras; facilitadores; e implicações para gestão ou prática. Nos documentos oficiais foram extraídos: finalidade, escopo, arranjos de equipe, mecanismos de financiamento ou avaliação e elementos diretamente relacionados à prática interprofissional.

A análise foi temática e comparativa. Inicialmente, os achados foram codificados de forma aberta. Em seguida, os códigos convergentes foram agrupados em eixos: fortalecimento da ESF e multiprofissionalidade; comunicação e colaboração interprofissional; promoção da saúde e condições crônicas; territorialização e participação comunitária; informação e saúde digital; equidade; educação permanente; e desafios de gestão. Divergências entre estudos foram preservadas na síntese, sem conversão forçada em efeito único.

Não foi realizada metanálise devido à heterogeneidade dos delineamentos, exposições e desfechos. A revisão não adotou ponderação quantitativa por risco de viés, de modo que associações provenientes de estudos observacionais foram interpretadas como evidências contextuais e não como prova causal isolada. Estudos de impacto, revisões e análises qualitativas foram utilizados de forma complementar para responder às diferentes dimensões da pergunta de pesquisa.

Por utilizar exclusivamente fontes públicas e dados secundários já divulgados, sem acesso a informações individuais identificáveis, a pesquisa não envolveu recrutamento de participantes e não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes, distinção entre evidência científica e documento normativo e exclusão de referências não verificáveis.

Entre as limitações metodológicas estão a restrição temporal aos últimos cinco anos, a concentração em PubMed/MEDLINE e SciELO, a heterogeneidade conceitual entre multiprofissionalidade e interprofissionalidade e a possibilidade de sub-representação de experiências locais publicadas apenas em repositórios ou periódicos não indexados. A inclusão de documentos oficiais reduziu lacunas sobre mudanças recentes de política, mas esses documentos não foram tratados como equivalentes a estudos empíricos.

O processo metodológico é apresentado na Figura 1, priorizando transparência sobre as etapas sem atribuir números artificiais às fases iniciais, pois a busca combinou estratégias iterativas, rastreamento de referências e fontes normativas distintas.

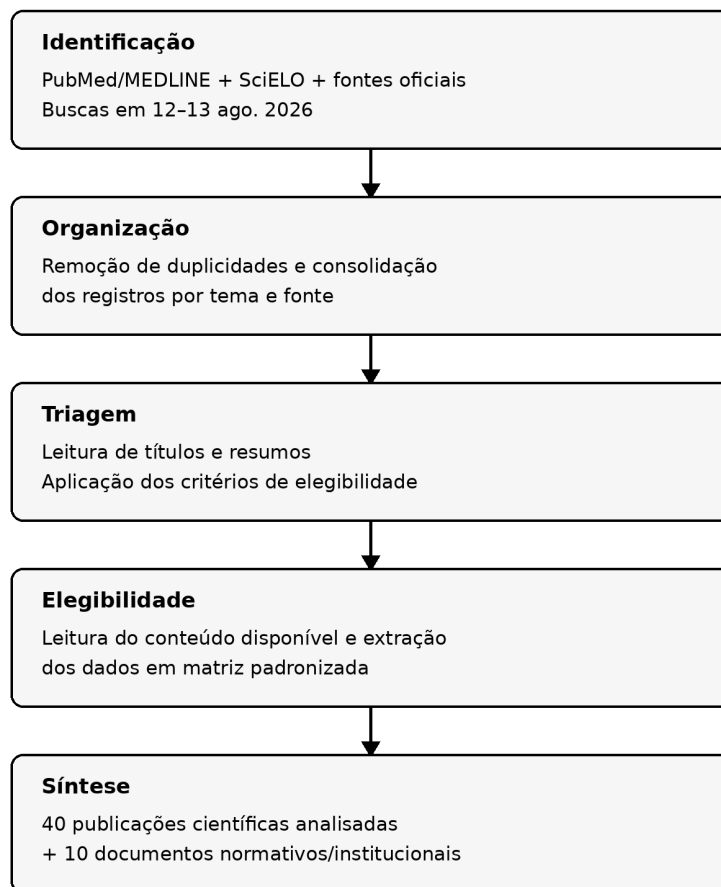


Figura 1. Fluxograma do processo metodológico

Fonte: elaboração dos autores (2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Fortalecimento da ESF e Reconstrução da Multiprofissionalidade

A síntese demonstra que a multiprofissionalidade deve ser interpretada dentro da trajetória institucional da própria ESF. A análise dos trinta anos da estratégia evidencia avanços em cobertura, acesso, resultados populacionais e organização territorial, mas também períodos de inflexão política e redução de prioridade. A reconstrução recente da APS procura recompor equipes, financiamento, avaliação e capacidade de cuidado compartilhado (Giovanella *et al.*, 2026; Aquino *et al.*, 2025).

A retomada das eMulti é uma mudança particularmente relevante. O desenho de 2023 amplia possibilidades de composição profissional e restabelece incentivo federal explícito para equipes multiprofissionais vinculadas à APS. O potencial está em reduzir vazios de competências — como psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, farmácia e outras áreas — sem substituir a responsabilidade da equipe de Saúde da Família pela população adscrita (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b).

Os documentos técnicos enfatizam o cuidado compartilhado e a atuação interprofissional, o que converge com a literatura que diferencia apoio colaborativo de encaminhamento interno. Quando a eMulti é acionada apenas para consultas isoladas, há risco de reproduzir filas especializadas dentro da APS; quando participa de discussão de casos, atendimentos compartilhados, grupos, ações territoriais e educação permanente, aumenta a capacidade resolutiva do conjunto das equipes (Bispo Júnior; Almeida, 2023; Brasil, 2025b).

A expansão, entretanto, precisa ser territorialmente equitativa. Diferenças geográficas de cobertura da ESF mostram que regiões e unidades federativas não apresentam a mesma disponibilidade de equipes, e essa heterogeneidade tende a se reproduzir na oferta multiprofissional. Sem mecanismos redistributivos, municípios com maior capacidade administrativa podem captar mais rapidamente profissionais e recursos, enquanto localidades remotas permanecem com escopo restrito (Barbosa *et al.*, 2025).

O Censo Nacional das UBS cria oportunidade de acompanhar essa reconstrução por variáveis de composição, infraestrutura, saúde digital, promoção da saúde e coordenação. Sua metodologia

participativa e aplicação nacional podem sustentar avaliações mais sensíveis à realidade das unidades do que indicadores baseados exclusivamente em produção registrada (Bousquat *et al.*, 2026; Brasil, 2024).

4.2. Trabalho Interprofissional, Comunicação e Clima de Equipe

O achado mais consistente entre estudos sobre equipes é que a diversidade profissional não garante colaboração. A produção de cuidado compartilhado depende de objetivos comuns, confiança, informação acessível, reconhecimento recíproco das competências e espaços regulares de coordenação. Na ausência desses elementos, o processo se fragmenta em agendas paralelas e o usuário torna-se responsável por articular recomendações potencialmente divergentes (Brito *et al.*, 2022).

A relação entre clima de equipe e atributos da APS observada em estudo brasileiro reforça que relações internas são parte da qualidade assistencial. Equipes com melhor clima tendem a apresentar maior possibilidade de cooperação e alinhamento, o que pode favorecer continuidade, integralidade e experiência do usuário. Isso implica que gestão de pessoas, liderança e comunicação devem ser tratadas como componentes clínicos e sanitários, não apenas administrativos (Peduzzi *et al.*, 2024).

Reuniões de equipe são, portanto, tecnologia de cuidado. Sua potência aumenta quando há pauta baseada em necessidades do território, revisão de casos complexos, acompanhamento de planos, análise de indicadores e compartilhamento de decisões. Reuniões restritas a avisos burocráticos não produzem o mesmo efeito. A literatura sobre trinta anos de trabalho em equipe na ESF destaca

justamente a necessidade de superar coexistência de profissões para consolidar colaboração interprofissional (Oliveira *et al.*, 2025a).

A clareza de papéis deve coexistir com flexibilidade. Profissionais precisam preservar competências específicas sem transformar fronteiras disciplinares em barreiras. A corresponsabilização permite que um plano terapêutico seja construído a partir de diferentes olhares, com definição de quem acompanha, quando reavaliar e quais critérios justificam apoio de outros pontos da rede. Esse arranjo reduz repetição de anamnese, mensagens contraditórias e encaminhamentos evitáveis (Melo *et al.*, 2025).

A comunicação com usuários e famílias também integra a interprofissionalidade. Um plano compartilhado entre profissionais, mas incompreensível para a pessoa, não produz cuidado centrado no usuário. Por isso, educação em saúde, decisão compartilhada, linguagem acessível e pactuação de metas devem atravessar consultas, grupos e visitas domiciliares (Macinko; Mullachery, 2022; Palasson *et al.*, 2023).

4.3. Promoção da Saúde e Manejo de Condições Crônicas

A promoção da saúde apareceu na revisão associada a grupos, educação em saúde, autocuidado apoiado, atividade física, alimentação, saúde mental, prevenção de complicações, imunização, visitas domiciliares e intervenções comunitárias. A principal vantagem multiprofissional é ampliar repertório e permitir que um mesmo problema seja abordado por dimensões clínicas, comportamentais e sociais, evitando que a prevenção se reduza à prescrição individual.

Nas condições crônicas, o acompanhamento longitudinal cria oportunidade para identificar dificuldades de adesão, insegurança alimentar, baixa atividade física, sofrimento psíquico, efeitos adversos e barreiras familiares. Estudos com pessoas com diabetes mostram que qualidade percebida é afetada quando não há diálogo individualizado, estabelecimento de metas e apoio ao autocuidado, aspectos que podem ser fortalecidos por atuação integrada de enfermagem, medicina, nutrição, farmácia, educação física e outros profissionais (Palasson *et al.*, 2023).

Em saúde cardiovascular, o controle de fatores de risco exige monitoramento, educação, manejo medicamentoso e mudança de estilo de vida. A presença de equipes suficientes e qualificadas associa-se à capacidade de reduzir hospitalizações sensíveis à atenção primária, embora resultados variem segundo contexto e organização. O foco, portanto, deve ser tanto disponibilidade quanto qualidade do processo de cuidado (Veloso; Caldeira, 2022; Rodrigues *et al.*, 2025).

A saúde mental é campo no qual o trabalho multiprofissional evita medicalização automática de sofrimentos relacionados à vida cotidiana. Intervenções grupais baseadas em mindfulness em unidades de comunidades vulneráveis demonstraram possibilidade de promoção de autocuidado e suporte psicossocial, ressaltando que práticas grupais precisam ser integradas ao projeto da equipe e acompanhadas por critérios de segurança e encaminhamento quando necessário (Teixeira *et al.*, 2024b).

A resposta a doenças transmissíveis igualmente depende de multiprofissionalidade. Coortes nacionais sobre AIDS e tuberculose indicam que atenção primária comunitária pode atuar sobre

diagnóstico, adesão, acompanhamento e desfechos, especialmente em populações vulneráveis. A articulação entre vigilância, agentes comunitários, enfermagem, medicina, farmácia e serviços especializados é decisiva para manter continuidade e reduzir perdas de seguimento (Pinto *et al.*, 2024; Jesus *et al.*, 2022).

A hanseníase é outro exemplo de necessidade de vigilância e longitudinalidade. Estudo sobre cobertura da ESF e detecção em Minas Gerais reforça a relação entre presença da atenção primária e capacidade de reconhecer e acompanhar agravos de relevância epidemiológica, o que exige busca ativa, avaliação de contatos, educação e combate ao estigma (Lages *et al.*, 2025).

4.4. Territorialização, Agentes Comunitários e Participação Social

Os agentes comunitários de saúde emergem como elemento de conexão entre unidade e território. Seu trabalho permite identificar mudanças familiares, pessoas com dificuldade de acesso, interrupção de tratamentos, situações de violência, insegurança alimentar e necessidades que não chegam espontaneamente à UBS. A literatura de balanço dos trinta anos da ESF reafirma que sua atuação não deve ser reduzida a tarefas administrativas ou coleta de indicadores (Morosini *et al.*, 2025).

A pandemia evidenciou a necessidade de proteger e integrar esses trabalhadores. Relatos de agentes no Nordeste mostraram mudanças em visitas, educação e rotinas, com forte adaptação local. A experiência sugere que protocolos devem ser construídos com participação da equipe, treinamento adequado e canais rápidos de atualização, evitando que o ACS seja apenas transmissor de

orientações definidas sem considerar a realidade territorial (Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

A participação comunitária potencializa diagnóstico local e legitimidade das ações. Grupos e espaços participativos podem revelar prioridades diferentes daquelas percebidas pela equipe, permitindo reorganizar horários, estratégias educativas, busca ativa e articulação intersetorial. A revisão histórica sobre participação na ESF mostra, entretanto, que a dimensão comunitária oscila conforme contexto político, cultura institucional e capacidade de mobilização (Cruz *et al.*, 2025).

Territorialização também implica reconhecer desigualdades. Populações rurais, periféricas, negras, indígenas, migrantes, LGBTQIA+, pessoas com deficiência e famílias em pobreza podem experimentar barreiras distintas. A equipe multiprofissional precisa utilizar dados locais e escuta ativa para ajustar oferta, evitando aplicar o mesmo modelo de cuidado a territórios com necessidades muito diferentes. O princípio da equidade demanda distribuição de recursos proporcional às vulnerabilidades, não apenas à demanda espontânea.

A articulação intersetorial completa essa perspectiva. Muitos determinantes de saúde extrapolam governabilidade clínica direta e dependem de assistência social, educação, esporte, cultura, habitação, segurança alimentar e outros setores. O papel da equipe não é assumir todas as funções, mas identificar necessidades, construir fluxos de referência e participar de redes locais que evitem encaminhamentos sem retorno.

4.5. Saúde Digital, Informação e Coordenação do Cuidado

A transformação digital cria oportunidades para acompanhamento remoto, compartilhamento de informações, teleconsultoria e apoio matricial. A revisão sobre cuidado domiciliar digital em idosos mostra que tecnologias podem favorecer continuidade e acesso, mas seu uso deve considerar alfabetização digital, suporte a cuidadores, privacidade, conectividade e desenho centrado nas necessidades do usuário (Silva *et al.*, 2024).

A eMulti incorpora formalmente possibilidade de atendimento remoto em determinadas condições, ampliando alcance de profissionais escassos. Esse recurso é especialmente relevante em territórios distantes, desde que não substitua indiscriminadamente contato presencial e não desresponsabilize a equipe de referência. O atendimento remoto precisa estar integrado ao prontuário, ao plano de cuidado e à comunicação entre profissionais (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b).

O uso de dados também pode fortalecer vigilância e planejamento. Sistemas de alerta precoce construídos com dados de atenção primária demonstram potencial para detecção de mudanças epidemiológicas, desde que a qualidade do registro seja adequada e os sinais gerados se convertam em ações no território. A saúde digital ganha valor quando fecha o ciclo informação-decisão-intervenção (Cerqueira-Silva *et al.*, 2024).

O novo modelo de cofinanciamento federal reforça componentes relacionados a vínculo, acompanhamento territorial e qualidade. Isso cria oportunidade para valorizar continuidade, mas também exige atenção para que a busca por indicadores não induza registros meramente burocráticos. Dados precisam ser utilizados em reunião de equipe para identificar pessoas sem acompanhamento,

monitorar resultados e revisar estratégias (Brasil, 2024a; Brasil, 2024c).

Coordenação do cuidado permanece dependente de interoperabilidade e comunicação entre níveis. A ESF precisa receber informações de consultas especializadas, urgências e internações para retomar acompanhamento. Sem contrarreferência, o profissional da APS trabalha com informação incompleta, e o usuário assume a tarefa de transportar documentos e explicar condutas. A integração digital deve, portanto, ser acompanhada de governança clínica e regional (Melo *et al.*, 2025).

4.6. Equidade, Acesso e Resposta a Populações Vulneráveis

A equidade é resultado e condição de uma APS forte. Estudos nacionais mostram que benefícios da ESF podem ser mais relevantes quando alcançam populações de menor renda e grupos historicamente expostos a barreiras. A coorte sobre AIDS em mais de três milhões de brasileiros de baixa renda encontrou associação entre maior cobertura da ESF e menores incidência e mortalidade, indicando potencial redistributivo da atenção primária comunitária (Pinto *et al.*, 2024).

A experiência dos adultos brasileiros com serviços de atenção primária varia segundo tipo de cobertura e características sociais. O vínculo à ESF, embora importante, precisa ser acompanhado de acesso oportuno e qualidade relacional. A agenda multiprofissional deve evitar que ampliação de categorias resulte em novas filas e deve priorizar critérios de risco, vulnerabilidade e benefício esperado (Macinko; Mullachery, 2022).

O acesso avançado, discutido em publicação recente na ESF, ilustra a busca por reduzir espera e alinhar oferta à demanda do dia. Essa reorganização pode aumentar oportunidade de cuidado, mas requer equilíbrio com longitudinalidade, atividades programadas, visitas e ações coletivas. Se toda agenda for absorvida por demanda imediata, a promoção da saúde e o acompanhamento de grupos prioritários podem perder espaço (Almeida *et al.*, 2026).

A distribuição desigual de equipes de saúde bucal e demais profissionais indica que políticas de equidade precisam considerar infraestrutura, formação e provimento. Tendências nacionais de equipes odontológicas vinculadas à ESF mostram que expansão não é linear e pode sofrer inflexões regulatórias e financeiras (Menezes *et al.*, 2025).

A avaliação contemporânea da APS precisa combinar indicadores de acesso, qualidade, equidade, experiência do usuário e resultados. O marco OMS/UNICEF propõe que sistemas monitorem oferta, primeiro contato, continuidade, abrangência, coordenação, participação comunitária e desigualdades, perspectiva compatível com a necessidade de avaliar equipes multiprofissionais para além do número de procedimentos (World Health Organization; UNICEF, 2022).

4.7. Educação Permanente e Sustentabilidade do Trabalho

A educação permanente aparece como condição para sustentar práticas colaborativas. A incorporação de novas categorias ou tecnologias modifica fluxos, exigindo pactuação de responsabilidades e aprendizagem no trabalho. Processos educativos que partem de casos reais e problemas da equipe

tendem a produzir maior aplicabilidade do que cursos desconectados das rotinas (Lourenço; Coelho; Merhy, 2023).

Programas de formação em Saúde da Família podem ampliar conhecimentos específicos e favorecer alinhamento ao modelo de APS. Avaliação de curso dirigido a médicos vinculados ao Programa Mais Médicos identificou efeito sobre conhecimento, apoiando a ideia de que qualificação precisa ser contínua e contextualizada (Cortez *et al.*, 2023).

A sustentabilidade do trabalho, porém, depende de condições materiais e organizacionais. Sobrecarga, vínculos precários, violência no território, insuficiência de insumos e agendas sem tempo para reunião reduzem a capacidade de colaboração. A política de equipes precisa prever tempo protegido para discussão, formação e planejamento, pois esses componentes são frequentemente os primeiros a serem sacrificados diante de pressão assistencial.

Os incentivos financeiros podem contribuir para estabilidade, mas devem estar alinhados à qualidade. A experiência internacional e brasileira com pagamento por desempenho mostra que metas precisam ser transparentes, clinicamente relevantes e ajustadas às desigualdades; caso contrário, podem estimular seleção de tarefas mais fáceis de medir e invisibilizar ações coletivas complexas (Dantas Gurgel *et al.*, 2023).

A Nota Informativa nº 4/2025 e as fichas técnicas das eMulti indicam movimento de detalhamento de incentivos e indicadores de ações interprofissionais. A oportunidade é utilizar esses instrumentos para fortalecer cuidado compartilhado, sem transformar a prática em mero cumprimento documental. Indicadores devem funcionar

como apoio à melhoria e não substituir julgamento clínico e análise territorial (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b).

4.8. Síntese dos Achados e Implicações para Gestão e Prática

A síntese permite organizar a atuação multiprofissional em quatro níveis interdependentes. No nível clínico, destaca-se o plano de cuidado compartilhado. No nível da equipe, comunicação, reunião e apoio interprofissional. No nível territorial, vigilância, participação comunitária e ações coletivas. No nível do sistema, coordenação regional, financiamento, informação e disponibilidade de profissionais. Fragilidade em qualquer nível reduz o potencial dos demais.

Estudos de impacto reforçam que a ESF pode produzir resultados relevantes sobre mortalidade, hospitalizações e desfechos de doenças específicas, mas esses resultados não devem ser atribuídos a uma profissão isolada. A força do modelo reside na combinação entre acesso próximo, continuidade, trabalho de equipe e ação comunitária, o que justifica políticas que protejam a arquitetura multiprofissional em vez de fragmentá-la (Aquino *et al.*, 2025; Ferreira-Batista *et al.*, 2023).

A literatura recente também reforça que a ESF deve manter capacidade de adaptação a crises. Durante a COVID-19, cobertura elevada se associou a melhor desempenho em visitas domiciliares, vacinação e promoção da saúde em diferentes contextos, enquanto agentes comunitários sustentaram conexões com usuários. Esses achados apoiam investimento em equipes resilientes, protocolos flexíveis e infraestrutura de comunicação (Teixeira *et al.*, 2024a; Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

O trabalho multiprofissional tem ainda função de evitar encaminhamento excessivo. Ao compartilhar casos e ampliar escopo dentro da APS, equipes podem resolver necessidades com menor fragmentação, desde que reconheçam limites de competência e utilizem referência especializada quando necessária. A resolutividade não significa retenção inadequada de casos, mas capacidade de coordenar o percurso do usuário.

Do ponto de vista da gestão, as prioridades identificadas são: garantir composição estável; oferecer tempo protegido para reuniões; usar indicadores para planejamento; articular eMulti e eSF por cuidado compartilhado; fortalecer ACS; integrar saúde bucal; estabelecer protocolos de referência e contrarreferência; promover educação permanente; e monitorar equidade territorial. A reconstrução descrita em análises recentes da política nacional depende justamente da convergência dessas dimensões (Oliveira *et al.*, 2025b; Pinto *et al.*, 2025; Giovanella *et al.*, 2026).

Quadro 1. Síntese de estudos representativos incluídos na revisão

Estudo	Delineamen to	Foco	Contribuição para a síntese
Brito et al. (2022)	Qualitativo	Colaboração interprofissional em núcleos ampliados	Comunicação, interdependência e negociação de papéis estruturam colaboração.
Montoya Diaz et al. (2022)	Avaliação de impacto	ESF e mortalidade adulta	Exposição prolongada associou-se a redução de mortalidade por condições sensíveis.

Ferreira-Batista et al. (2023)	Economia da saúde	Efeitos de longo prazo da APS	Resultados sustentam valor de exposição continuada à atenção primária.
Vieira-Meyer et al. (2023)	Estudo com ACS	Trabalho durante COVID-19	ACS preservaram vínculo territorial, com desafios de recursos e organização.
Peduzzi et al. (2024)	Transversal	Clima de equipe e atributos da APS	Clima colaborativo relacionou-se à percepção de atributos da atenção primária.
Teixeira et al. (2024a)	Avaliação quantitativa	ESF durante pandemia	Maior intensidade de ESF associou-se a melhor desempenho em mortalidade e ações.
Silva et al. (2024)	Revisão de escopo	Cuidado digital de idosos	Tecnologias podem ampliar continuidade se houver acessibilidade e integração.
Pinto et al. (2024)	Coorte	ESF, AIDS e equidade	Cobertura associou-se a menores incidência e mortalidade em população de baixa renda.
Barbosa et al. (2025)	Ecológico	Distribuição da ESF	Persistem desigualdades geográficas de cobertura.
Facchini et al. (2025)	Ensaio/análise	ESF e vigilância	Integração entre APS e vigilância é essencial para resposta territorial.

Rodrigues et al. (2025)	Ecológico longitudinal	Formação em MFC e internações	Maior presença de médicos de família associou-se a menos internações sensíveis.
Bousquat et al. (2026)	Metodológico	Censo Nacional das UBS	Propõe avaliação ampla de estrutura e processo de trabalho da APS.

Fonte: elaboração dos autores a partir das publicações incluídas (2026).

Quadro 2. Eixos de atuação multiprofissional e implicações práticas

Eixo	Exemplos de ações	Implicação para a prática
Planejamento territorial	Mapa de necessidades, estratificação, busca ativa	Priorizar vulnerabilidades e evitar agenda exclusivamente reativa.
Cuidado compartilhado	Discussão de casos, atendimento conjunto, plano terapêutico	Reduzir fragmentação e encaminhamentos internos desnecessários.
Promoção da saúde	Grupos, autocuidado apoiado, ações comunitárias	Integrar dimensões clínicas, comportamentais e sociais.
Vigilância	Busca ativa, análise de dados, comunicação de risco	Unificar resposta clínica e sanitária no território.
Saúde digital	Teleapoio, monitoramento e informação compartilhada	Ampliar acesso sem substituir vínculo e presença territorial.
Educação permanente	Aprendizagem baseada em problemas do serviço	Desenvolver competências colaborativas e revisar processos.

Coordenação da rede	Referência, contrarreferência e seguimento	Preservar responsabilidade longitudinal após encaminhamentos.
Participação social	Grupos, conselhos e articulação intersetorial	Adequar ações às prioridades definidas com a comunidade.

Fonte: elaboração dos autores (2026).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permite concluir que a atuação da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família amplia as condições para promoção da saúde quando se organiza por colaboração interprofissional, vínculo territorial, planejamento baseado em necessidades e corresponsabilização pelo cuidado. A presença de diferentes profissões é necessária para ampliar o escopo, mas não é suficiente: o ganho ocorre quando saberes e práticas são articulados em objetivos comuns e em planos de cuidado compreensíveis para usuários e famílias.

O objetivo do estudo foi atingido ao identificar contribuições, limites e estratégias relacionadas à multiprofissionalidade. Entre as principais contribuições estão maior integralidade, apoio ao autocuidado, manejo mais abrangente de condições crônicas, incorporação de saúde mental e saúde bucal, fortalecimento da vigilância, ações coletivas e melhor capacidade de coordenar trajetórias na rede. Territorialização e participação dos agentes comunitários aparecem como elementos que diferenciam a ESF de modelos centrados exclusivamente na consulta.

Os limites mais relevantes são fragmentação de agendas, comunicação insuficiente, rotatividade, desigualdade regional de profissionais, pressão assistencial, tempo reduzido para reunião, deficiência de referência e contrarreferência e risco de transformar equipes multiprofissionais em ambulatórios de especialidades. Tais problemas demonstram que o desempenho depende tanto de competências individuais quanto de desenho organizacional, gestão e condições de trabalho.

A retomada das eMulti oferece oportunidade para recompor e qualificar o apoio multiprofissional, especialmente se indicadores e financiamento privilegiarem cuidado compartilhado, ações territoriais e resultados de qualidade, e não apenas volume de procedimentos. A saúde digital pode complementar esse processo, sobretudo em territórios com escassez de profissionais, desde que seja integrada ao prontuário, ao plano de cuidado e à responsabilidade longitudinal das equipes.

Como implicação prática, recomenda-se que gestores garantam composição estável, reuniões regulares, educação permanente, protocolos de comunicação, análise territorial de dados, integração entre APS e vigilância, participação comunitária e mecanismos regionais de coordenação. Pesquisas futuras devem avaliar a implantação das eMulti em diferentes contextos, seus efeitos sobre experiência do usuário, equidade, resolutividade, hospitalizações evitáveis e desfechos de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Isabela Oliveira de et al. Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família: avanço ou retrocesso para a equipe de

enfermagem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 79, e20240481, 2026. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0481pt. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12844541/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

AQUINO, Rosana et al. Impactos da Estratégia Saúde da Família no estado de saúde da população brasileira: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e13942025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.13942025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3Ycz68KfyTgVXCSnqKsth9h/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BARBOSA, Pedro Henrique Sales et al. Trends and Geographical Distribution of Family Health Strategy in Brazil from 2009–2023. **Healthcare**, Basel, v. 13, n. 11, 1246, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13111246. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/11/1246>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BASU, Sanjay et al. Contribution of primary care expansion to Sustainable Development Goal 3 for health: a microsimulation of the 15 largest cities in Brazil. **BMJ Open**, London, v. 12, n. 1, e049251, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049251. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/1/e049251>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Multiprofessional teams (eMulti): potentialities and challenges for the expansion of primary health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00120123, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT120123. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37971098/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BOUSQUAT, Aylene et al. Avaliação da atenção primária à saúde no Brasil: concepção e metodologia do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, e00164625, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XPT164625. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2026.v42/e00164625/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/censo-das-ubs>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes Multiprofissionais (eMulti): fichas técnicas e indicadores de ações interprofissionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipes-multiprofissionais-emulti>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 4/2025-CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2025/nota-informativa-no-4-2025-cgesco-desco-saps-ms.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica: componente vínculo e acompanhamento territorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-metodologica.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS: diretrizes para reorganização das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-10-2023.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 12/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica-no-12-2023-cain-cgesco-desco-saps-ms>. Acesso em: 13 ago. 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 6/2017 para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/faq-novo-modelo-de-cofinanciamento-federal-da-aps>. Acesso em: 13 ago. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/legislacao>. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de et al. Dimensions of interprofessional collaboration in the dynamics of the expanded family health and primary care centers: a qualitative study. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 36, n. 5, p. 676-683, 2022. DOI: 10.1080/13561820.2021.1977618. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34605351/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

CARMO, Andressa Daiana Nascimento do; SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Temporal analysis of Family Health Strategy indicators from the perspective of the Brazilian National Primary Health Care Policy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, e00042523, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT042523. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37820231/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT099723. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38422250/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

CERQUEIRA-SILVA, Thiago et al. Early warning system using primary health care data in the post-COVID-19 pandemic era: Brazil nationwide case-study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, e00010024, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XEN010024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39775767/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

CORTEZ, L. R. et al. Effectiveness of a course on family health in the knowledge of doctors of the Mais Médicos program. **Revista da**

Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 131-135, 2023. DOI: 10.1590/1806-9282.20220966. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36629652/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Participação comunitária na Estratégia Saúde da Família: aspectos históricos, teóricos e metodológicos de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e09462025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.09462025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41538616/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

DANTAS GURGEL, Garibaldi et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: a comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future. **Health Policy**, Amsterdam, v. 128, p. 62-68, 2023. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.11.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36481068/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. The Family Health Strategy and Health Surveillance: is it possible to integrate? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e09932025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.09932025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41538617/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

FERREIRA-BATISTA, Natalia Nunes et al. Is primary health care worth it in the long run? Evidence from Brazil. **Health Economics**, Chichester, v. 32, n. 7, p. 1504-1524, 2023. DOI: 10.1002/hec.4676. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37010114/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

FERREIRA-BATISTA, Natalia Nunes et al. The Brazilian Family Health Strategy and adult health: evidence from individual and local data for metropolitan areas. **Economics & Human Biology**, Amsterdam, v.

46, 101143, 2022. DOI: 10.1016/j.ehb.2022.101143. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35550232/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

GARCIA, Fabricio Loureiro; SOCAL, Mariana. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e00219421, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XEN219421. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35649096/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

GIOVANELLA, Lígia et al. Thirty years of the Family Health Strategy in the Brazilian Unified National Health System: milestones, advances, setbacks and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, e00206025, 2026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42340080/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

GONÇALVES, J. L. et al. Barriers to care for dependent older adults: Brazilian Primary Health Care managers' perspective. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 19, n. 10, e0309309, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39383148/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

JESUS, Gabriela S. et al. The effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7.3 million Brazilian people: a quasi-experimental study. **The Lancet Global Health**, London, v. 10, n. 3, p. e390-e397, 2022. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00550-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35085514/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

LAGES, Daniele dos Santos et al. Correlation and Trends in Primary Health Care and Family Health Strategy Coverage of Leprosy Detection in Minas Gerais. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 22, n. 4, 490, 2025. DOI:

10.3390/ijerph22040490.

Disponível

em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40283719/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

LOURENÇO, Letícia Vieira; COELHO, Karla Santa Cruz; MERHY, Emerson Elias. Continuing education practices in primary health care for addressing users with tuberculosis. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 19, e4542, 2023. DOI: 10.18294/sc.2023.4542. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38006654/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

MACINKO, James; MULLACHERY, Pricila H. Primary care experiences among Brazilian adults: cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 17, n. 6, e0269686, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0269686. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269686>. Acesso em: 13 ago. 2026.

MELO, Eduardo Alves et al. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e16232025, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KPrHDvQ3SMw7vrRYbPk7HLx/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

MENEZES, L. X. B. de et al. Time trend of Family Health Strategy oral health teams in Brazilian municipalities from 2001 to 2021. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, e00169424, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40561265/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

MONTOYA DIAZ, Maria Dolores et al. Assessment of the association between the Brazilian Family Health Strategy and adult mortality. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 461-471, 2022. DOI:

10.1093/heapol/czac011. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35091744/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. Community Health Agents in the Family Health Strategy: 30 years of resistance and achievements. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e08222025, 2025. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41538611/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Mais Saúde da Família: a reconstrução da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, 2025b. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41538625/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

OLIVEIRA, Sonia Acioli de et al. Successes and challenges of teamwork in the 30 years of the Family Health Strategy: a theoretical essay. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e06822025, 2025a. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41538607/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

PALASSON, Rosilene Rocha et al. Quality of health care in Primary Care: perspective of people with Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 5, e20230008, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0008. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37820130/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

PEDUZZI, Marina et al. Team climate and patients' perception of primary healthcare attributes in Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 38, n. 4, p. 705-712, 2024. DOI: 10.1080/13561820.2024.2351006. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38755950/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

PINTO, Luís Felipe et al. Fifteen years of the Primary Health Care Reform (RCAPS) in Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, e04112025, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40802316/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

PINTO, Priscila F. P. S. et al. The impact of primary health care on AIDS incidence and mortality: a cohort study of 3.4 million Brazilians. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 21, n. 7, e1004302, 2024. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38991004/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

RODRIGUES, Gregório Victor et al. Association between hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions and primary healthcare physician specialisation: a longitudinal ecological study in Belo Horizonte, Brazil. **BMJ Open**, London, v. 15, n. 11, e086694, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-086694. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41213676/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

SILVA, Ísis de Siqueira et al. Digital home care interventions and quality of primary care for older adults: a scoping review. **BMC Geriatrics**, London, v. 24, n. 1, 507, 2024. DOI: 10.1186/s12877-024-05120-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38858634/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

TEIXEIRA, Adriano Dutra et al. The role of primary healthcare amid the COVID-19 pandemic: evidence from the Family Health Strategy in Brazil. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 359, 117221, 2024a. DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.117221. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39232380/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

TEIXEIRA, Débora Silva et al. Improving patient-centered mental health promotion in primary care in vulnerable communities

through mindfulness training in Rio de Janeiro, Brazil. **Frontiers in Medicine**, Lausanne, v. 11, 1356040, 2024b. DOI: 10.3389/fmed.2024.1356040. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39040898/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

TOMASI, Elaine et al. Offer of practices by life course and chronic diseases and other conditions in BHU in Brazil: data from the 2024 Census. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e14572025, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

VELOSO, Márcio Antônio Alves; CALDEIRA, Antônio Prates. Number of health care teams and hospitalizations due to primary care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2573-2581, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.20952021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35730829/>. Acesso em: 13 ago. 2026.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes et al. Community health workers perspective on the COVID-19 impact on primary health care in Northeastern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00007223, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XEN007223. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37585900/>. Acesso em: 13 ago. 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, 2022. ISBN 978-92-4-004421-0. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>. Acesso em: 13 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. Acesso em: 13 ago. 2026.

¹ Enfermeiro Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Centro Universitário Unieuro. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6849-7436>.

² Pós-graduação em Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9273-3588>.

³ Doutorado. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9823-6519>.

⁴ Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1480-7822>.

⁵ Tecnologia em Gestão Hospitalar. Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ Especialista em Políticas Públicas. Universidade Federal de Goiás. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:

- ⁷ Farmacêutica, especialista em Saúde da Família. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1272-0058>.
- ⁸ Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Católica. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0476-4039>.
- ⁹ Graduação. Universidade Federal do Piauí. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ¹⁰ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ¹¹ Pós-graduação em Saúde Pública e da Família. Instituto Passo 1. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9502-1810>.
- ¹² Mestrando em Alimentos e Nutrição. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1890-9602>.
- ¹³ Farmacêutica residente do Programa de Onco-Hematologia IGES-DF. Universidade de Brasília (UnB)/IGES-DF. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9479-3951>.
- ¹⁴ Bacharel em Educação Física. Faculdade Social da Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:

<https://orcid.org/0009-0002-5275-2389>.

- ¹⁵ Acadêmico de Medicina. UNIDERP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2452-7474>.