

**SAÚDE COLETIVA E
DETERMINANTES SOCIAIS
DA SAÚDE: DESAFIOS E
ESTRATÉGIAS
MULTIPROFISSIONAIS PARA
A PROMOÇÃO DA
EQUIDADE E DO CUIDADO
INTEGRAL**

**COLLECTIVE HEALTH AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH:
CHALLENGES AND MULTIPROFESSIONAL STRATEGIES FOR PROMOTING
EQUITY AND COMPREHENSIVE CARE**

Ciências da Saúde • 07/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791153501](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791153501)

Yunier Arro Martinez¹
Patricia Maria Brito da Silva²
Alícia Moraes Palheta³
Cláudio do Prado Aranha Filho⁴
Kennia Rodrigues Tassara⁵
Alavanny Batista Medeiros⁶
Karla Alves Pereira da Silva⁷
Francigelda Ribeiro⁸
Adalberto Romualdo Pereira Henrique⁹
José Humberto Timo Filho¹⁰
Andreia Machado Tompsen¹¹
Micado Antonio Miguel¹²
Maria Valquíria Mesquita Pinto Oliveira¹³
Tatiana Reis Rezende Pereira¹⁴
Maria Eduarda Pereira Cirino¹⁵
Evelyn Oliveira Rossino de França¹⁶
Ruth De Oliveira Braga¹⁷

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde expressam as condições materiais, territoriais, culturais e político-institucionais que moldam exposição a riscos, acesso a recursos e possibilidades de cuidado, tornando a equidade um eixo central da Saúde Coletiva. Este estudo analisou desafios relacionados aos determinantes sociais da saúde e estratégias multiprofissionais capazes de ampliar a equidade e a integralidade no Sistema Único de Saúde. Realizou-se revisão integrativa, qualitativa e descritivo-analítica, com buscas em MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS/BVS, complementadas por documentos do Ministério da Saúde, IBGE, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, publicados entre 2022 e setembro de 2026. O corpus reuniu 39 publicações científicas e 11 documentos institucionais. Os achados evidenciaram desigualdades persistentes associadas a renda, escolaridade, raça e etnia, moradia, alimentação, trabalho, território, mobilidade, acesso digital e barreiras culturais. Identificou-se que a Atenção Primária à Saúde e o trabalho multiprofissional podem reduzir iniquidades quando combinam territorialização, identificação de necessidades sociais, vínculo comunitário, coordenação do cuidado, atuação de agentes comunitários, articulação intersetorial e monitoramento por indicadores desagregados. Conclui-se que a efetividade das estratégias depende de financiamento, governança, participação social e capacidade de transformar necessidades sociais identificadas em respostas assistenciais e políticas concretas.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Saúde Coletiva; Equidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Social determinants of health encompass the material, territorial,

cultural, and political-institutional conditions that shape exposure to risks, access to resources, and possibilities for care, making equity a central concern of Collective Health. This study analyzed challenges related to social determinants of health and multiprofessional strategies capable of expanding equity and comprehensive care within the Brazilian Unified Health System. An integrative, qualitative, descriptive-analytical review was conducted in MEDLINE/PubMed, SciELO, and LILACS/BVS, complemented by documents from the Brazilian Ministry of Health, IBGE, the Pan American Health Organization, and the World Health Organization, published between 2022 and September 2026. The corpus comprised 39 scientific publications and 11 institutional documents. Findings showed persistent inequalities associated with income, education, race and ethnicity, housing, food, work, territory, mobility, digital access, and cultural barriers. Primary Health Care and multiprofessional work may reduce inequities when combining territorial assessment, identification of social needs, community bonds, care coordination, community health workers, intersectoral action, and monitoring through disaggregated indicators. The study concludes that effectiveness depends on financing, governance, social participation, and the capacity to convert identified social needs into concrete care and policy responses.

Keywords: Social Determinants of Health; Collective Health; Health Equity; Primary Health Care; Multiprofessional Team.

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva compreende o processo saúde-doença como resultado de interações entre condições biológicas, sociais, econômicas, ambientais, culturais e políticas. Nessa perspectiva, os determinantes sociais da saúde não constituem variáveis periféricas,

mas elementos que organizam oportunidades desiguais de viver, adoecer, acessar serviços e se beneficiar de políticas públicas. O relatório mundial da Organização Mundial da Saúde reforça que renda, educação, moradia, trabalho, discriminação, acesso a recursos e distribuição de poder influenciam diferenças evitáveis e injustas nos desfechos de saúde (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a universalidade do Sistema Único de Saúde convive com desigualdades sociais e territoriais persistentes. Indicadores nacionais mostram heterogeneidade em renda, escolaridade, trabalho, condições de moradia, proteção social e acesso potencial a bens e serviços, com diferenças relevantes segundo território e grupos populacionais (IBGE, 2024). Estudos sobre desigualdades em saúde evidenciam que regiões e populações partem de posições muito distintas para alcançar metas sanitárias, o que exige priorização orientada por necessidades e monitoramento das disparidades, e não apenas de médias nacionais (Miranda *et al.*, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica nesse cenário porque articula promoção, prevenção, cuidado longitudinal, vigilância e coordenação das redes a partir de territórios concretos. A Estratégia Saúde da Família ampliou cobertura e presença capilarizada no país, embora persistam variações geográficas e desafios de distribuição de equipes e capacidade assistencial (Barbosa *et al.*, 2025). Evidências brasileiras associam a Estratégia Saúde da Família a benefícios de saúde em áreas metropolitanas, indicando relevância da oferta local e do vínculo das famílias com as equipes (Ferreira-Batista *et al.*, 2022).

Entretanto, acesso formal não equivale automaticamente a acesso efetivo. Revisões mostram que necessidades não atendidas em atenção primária se distribuem segundo renda, condição social, situação de saúde e pertencimento a grupos vulnerabilizados, mesmo em sistemas com cobertura ampla (Alemu *et al.*, 2024). Na América Latina, desigualdades estruturais atravessam disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e experiência do usuário, expressando-se antes, durante e depois do contato com os serviços (Oliveira; Pereira, 2024).

Raça, etnia e pertencimento cultural constituem dimensões indispensáveis da análise de equidade. A literatura descreve o racismo estrutural como mecanismo que se articula a emprego, educação, habitação, renda, justiça e acesso a serviços, produzindo diferenças cumulativas de exposição e proteção (Kapadia; Borrell, 2023; Egede; Walker; Williams, 2024). Na atenção primária brasileira, análises sobre saúde da população negra apontam que incompreensão e invisibilização das desigualdades raciais podem legitimar iniquidades no cuidado (Bittencourt; Santana; Santos, 2023).

As condições materiais de vida tornam visível a relação entre determinantes e necessidades assistenciais. Insegurança alimentar, moradia inadequada, baixa renda, vínculos precários de trabalho, transporte insuficiente e exposição ambiental podem interferir tanto no risco de adoecimento quanto na possibilidade de aderir a tratamentos e medidas preventivas. Entre adolescentes brasileiros, a experiência de fome mostrou associação com determinantes familiares, alimentares e regionais, evidenciando a multidimensionalidade do problema (Vale *et al.*, 2022).

A resposta do setor saúde exige identificar necessidades sociais sem reduzir fenômenos estruturais a checklists individuais. Revisões sobre rastreamento de necessidades sociais mostram grande diversidade de instrumentos e dificuldades para transformar a identificação de problemas em ações efetivas (Karran *et al.*, 2023). Serviços de atenção primária podem incorporar perguntas sobre alimentação, moradia, transporte, violência, renda ou apoio social, mas o valor dessa informação depende de fluxos de encaminhamento, recursos comunitários, registro adequado e capacidade de acompanhamento (Painter *et al.*, 2024; Pourat *et al.*, 2023).

O trabalho multiprofissional constitui uma via para transformar informação social em cuidado integral. Revisões indicam que colaboração interprofissional na atenção primária pode melhorar processos, experiência e alguns desfechos, embora os efeitos dependam do desenho das intervenções, do compartilhamento de objetivos e da coordenação entre profissões (Bouton *et al.*, 2023; Davidson *et al.*, 2022). Estratégias de integração incluem reuniões de equipe, planos compartilhados, papéis claros, comunicação estruturada e mecanismos de referência interna e externa (Sirimsi *et al.*, 2022).

A expansão digital adiciona oportunidades e riscos ao enfrentamento das desigualdades. Tecnologias podem facilitar comunicação, monitoramento e acesso remoto, mas também beneficiar desproporcionalmente pessoas com conectividade, dispositivos, letramento e condições de uso mais favoráveis. Revisões recentes alertam que desigualdades digitais podem reproduzir ou ampliar iniquidades preexistentes quando estratégias não oferecem apoio, alternativas não digitais e desenho inclusivo (Badr; Motulsky;

Denis, 2024; Wilson *et al.*, 2024). Assim, o objetivo deste estudo é analisar os desafios impostos pelos determinantes sociais da saúde à promoção da equidade e do cuidado integral e discutir estratégias multiprofissionais, territoriais e intersetoriais aplicáveis à Saúde Coletiva e à Atenção Primária no contexto do Sistema Único de Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Determinantes Sociais, Determinantes Estruturais e Equidade em Saúde

Os determinantes sociais da saúde podem ser compreendidos como condições socialmente produzidas que interferem na distribuição de riscos, recursos e possibilidades de proteção. A abordagem contemporânea acrescenta que essas condições são moldadas por estruturas políticas, econômicas e institucionais, evitando interpretar renda, escolaridade ou moradia como características individuais isoladas. Heller et al. (2024) propõem que determinantes estruturais sejam analisados a partir das regras formais e informais e das relações de poder que mantêm padrões duradouros de vantagem. Barcelona, Condon e Jacoby (2024) reforçam a conexão entre exposições estruturais e processos biológicos.

Equidade difere de igualdade porque exige reconhecer necessidades e barreiras diferenciadas. Hoyer et al. (2022) mostram que medir equidade demanda definições explícitas, escolha de grupos de comparação e indicadores que revelem disparidades evitáveis. Índices compostos de determinantes sociais podem apoiar priorização territorial, mas apresentam diferenças de componentes e desempenho, devendo ser usados com transparência

metodológica (Lines *et al.*, 2023). O marco operacional da Organização Mundial da Saúde recomenda sistemas de monitoramento capazes de acompanhar determinantes, desigualdades e ações intersetoriais, conectando dados a decisões públicas (World Health Organization, 2024).

2.2. Desigualdades Socioeconômicas e Territoriais no Brasil

As desigualdades brasileiras apresentam forte dimensão territorial. Estudos comparando contextos urbanos e rurais indicam que características sociodemográficas participam da produção de diferenças de saúde e precisam ser consideradas na interpretação de médias nacionais (Passarelli-Araujo; Souza, 2023). Miranda *et al.* (2023) demonstram heterogeneidade entre regiões de saúde e defendem priorização orientada a metas e desigualdades. A pandemia também evidenciou limites das respostas emergenciais diante dos determinantes sociais no país (Lazzari *et al.*, 2023).

Os gradientes socioeconômicos atravessam diferentes fases da vida e grupos populacionais. Entre idosos brasileiros, Mrejen, Nunes e Giacomini (2024) identificaram desigualdades associadas a renda, escolaridade e raça ou etnia em indicadores de saúde e utilização. Tura *et al.* (2024) mostraram capacidade de medidas de qualidade de vida para detectar diferenças entre grupos socioeconômicos, reforçando utilidade de indicadores sensíveis à iniquidade. Em cenários internacionais, Alvear-Vega e Vargas-Garrido (2023) demonstraram que não utilização de garantias assistenciais também se relaciona a fatores sociais, informação e confiança.

2.3. Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família e Cuidado Integral

A APS reúne atributos que favorecem resposta aos determinantes sociais: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade e orientação comunitária. A expansão da Estratégia Saúde da Família entre 2009 e 2023 aumentou cobertura no país, mas diferenças estaduais e correlações com desenvolvimento humano mostram necessidade de planejamento distributivo (Barbosa *et al.*, 2025). Ferreira-Batista *et al.* (2022) observaram associação entre oferta e registro na Estratégia Saúde da Família e melhores indicadores de saúde em adultos metropolitanos.

Cuidado integral pressupõe ultrapassar fragmentação por doenças e procedimentos. Pessoas em desvantagem socioeconômica podem apresentar múltiplas necessidades simultâneas e maior dificuldade de navegar por redes assistenciais, o que exige planos construídos com prioridades factíveis e participação do usuário. Bernard *et al.* (2023), ao analisarem intervenções não farmacológicas na atenção primária para grupos socioeconomicamente desfavorecidos, evidenciam importância de acessibilidade, relação terapêutica e adaptação ao contexto. A organização brasileira da APS, inclusive por meio de novo modelo de cofinanciamento, pode incorporar esses princípios ao combinar cadastro qualificado, acompanhamento, qualidade e equidade (Brasil, 2024).

2.4. Raça, Racismo, Cultura e Iniquidades em Saúde

Racismo e discriminação não devem ser tratados apenas como atitudes individuais, pois também se manifestam em rotinas, critérios institucionais e distribuição desigual de recursos. Kapadia e Borrell (2023) defendem passagem da descrição de disparidades para ações sobre mecanismos estruturais. Egede, Walker e Williams (2024) destacam interdependência entre desigualdades em

emprego, educação, moradia, renda e saúde. No Brasil, Bittencourt, Santana e Santos (2023) apontam que invisibilização da dimensão racial na atenção primária pode reforçar iniquidades.

Sensibilidade cultural complementa, mas não substitui, o enfrentamento estrutural. Müller, Lima e Ortega (2023) propõem cuidado culturalmente sensível que reconheça diversidade, contexto histórico-social e práticas comunitárias, evitando transformar cultura em estereótipo. A abordagem é relevante para povos indígenas, quilombolas, migrantes, comunidades tradicionais e outros grupos cujas experiências com serviços podem ser marcadas por barreiras linguísticas, estigma ou desconfiança. Pesquisa com migrantes no Brasil mostra como vulnerabilidades sociais e obstáculos de acesso se combinam mesmo em sistema universal (Martin *et al.*, 2026).

2.5. Condições Materiais de Vida: Alimentação, Moradia, Trabalho e Mobilidade

As condições materiais atuam por mecanismos diretos e indiretos. Moradias inadequadas podem aumentar exposição a frio, calor, umidade, poluentes, acidentes e doenças infecciosas; simultaneamente, custos habitacionais excessivos reduzem recursos disponíveis para alimentação, transporte e medicamentos. Howden-Chapman *et al.* (2023) sintetizam evidências de que melhorias habitacionais podem reduzir danos à saúde, sobretudo em grupos vulneráveis. Arcaya, Ellen e Steil (2024) ampliam a análise ao mostrar que bairros concentram oportunidades, serviços, redes sociais e exposições ambientais.

A insegurança alimentar exemplifica como necessidades sociais atravessam o cuidado. Vale *et al.* (2022) identificaram determinantes

sociais associados à experiência de fome entre adolescentes brasileiros, evidenciando relações com contexto familiar, alimentação e região. Desemprego, informalidade, baixa renda e instabilidade financeira também condicionam capacidade de comparecer a consultas, manter tratamento e adquirir insumos não ofertados. O relatório da OPAS sobre equidade nas Américas destaca desvantagens de grupos de baixa renda, trabalhadores informais, pessoas com menor escolaridade, povos indígenas e afrodescendentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

2.6. Identificação de Necessidades Sociais e Coordenação do Cuidado

A identificação de necessidades sociais pode aprimorar a estratificação de vulnerabilidades, desde que vinculada a finalidade assistencial clara. Karran et al. (2023) observaram heterogeneidade nos conteúdos, métodos e contextos de instrumentos de rastreamento social. Painter et al. (2024) argumentam que a atenção primária pode usar triagem para compreender desvantagens e orientar serviços, mas alertam para limites de abordagens centradas apenas no indivíduo. Em sistemas acadêmicos, Bretsch, Wallace e McCoy (2024) encontraram obstáculos relacionados a padronização, recursos e acompanhamento.

Registros sociais podem apoiar cuidado e planejamento quando são atualizados, mínimos, relevantes e acessíveis à equipe autorizada. Wagner et al. (2023) mostram que classificações padronizadas de enfermagem já contêm elementos relacionados a determinantes sociais, embora existam lacunas conceituais e de representação. Pourat et al. (2023) identificaram que centros de saúde frequentemente coletam dados individuais, mas ainda há pouca

mensuração de efeitos sobre desfechos e limitado uso de informações comunitárias. Consequentemente, sistemas de informação devem conectar dado social a ações: orientação, encaminhamento, busca ativa, discussão multiprofissional, vigilância territorial e avaliação de resultados.

2.7. Trabalho Multiprofissional e Colaboração Interprofissional

A colaboração interprofissional pode ampliar a capacidade de compreender problemas complexos porque diferentes profissões observam dimensões complementares do cuidado. Bouton et al. (2023) encontraram efeitos variáveis de intervenções colaborativas na atenção primária, ressaltando importância do desenho e da qualidade da interação. Sirimsi et al. (2022) mapearam estratégias como comunicação, coordenação, definição de papéis, educação interprofissional e estruturas organizacionais. Achados qualitativos também reforçam continuidade e limites organizacionais da atuação sobre determinantes sociais (Davidson *et al.*, 2022; Hewett *et al.*, 2026).

Multiprofissionalidade não deve significar simples justaposição de especialistas. O potencial para equidade surge quando a equipe compartilha objetivos, analisa determinantes e negocia prioridades com usuários. Guilamo-Ramos et al. (2023) propõem que a enfermagem participe de intervenções multinível sobre determinantes sociais, conectando prática, pesquisa e políticas. Wise, Caiola e Njie-Carr (2023) também defendem mudança de foco para ações além do cuidado estritamente clínico, incluindo contextos comunitários e estruturais.

2.8. Agentes Comunitários, Participação Social e Vínculo Territorial

Agentes comunitários de saúde ocupam posição singular por transitarem entre serviço, território e cotidiano das famílias. Revisão em países de baixa e média renda mostrou que programas com trabalhadores comunitários podem alcançar populações desfavorecidas e contribuir para equidade, embora resultados dependam de desenho, apoio e condições de trabalho (Ahmed *et al.*, 2022). No SUS, a proximidade territorial permite reconhecer mudanças de renda, moradia, apoio familiar, mobilidade, violência ou barreiras de acesso que dificilmente aparecem em consultas episódicas.

Participação social acrescenta conhecimento situado às decisões. Comunidades podem indicar barreiras de horário, transporte, linguagem, acolhimento, acessibilidade física e prioridades não captadas por indicadores convencionais. Amri *et al.* (2023) mostram que discursos de equidade em documentos internacionais podem permanecer amplos quando não explicitam mecanismos e relações de poder. A participação ajuda a reduzir esse distanciamento ao conectar políticas a experiências concretas.

2.9. Saúde Digital, Letramento e Risco de Exclusão

A digitalização pode ampliar acesso a informação e modalidades de cuidado, mas depende de infraestrutura e condições de uso. Badr, Motulsky e Denis (2024) identificam potencial de tecnologias digitais para reproduzir desigualdades entre grupos vulneráveis quando acesso e habilidades são desiguais. Shaw *et al.* (2024) argumentam que a equidade digital deve ser analisada em relação às múltiplas

dimensões de acesso ao cuidado, e não apenas à disponibilidade de uma tecnologia. Para populações com baixa conectividade, deficiência, menor letramento, idioma diverso ou restrição econômica, canais exclusivamente digitais podem criar nova barreira.

Recomendações para equidade digital incluem interfaces simples, conteúdo culturalmente apropriado, fornecimento ou facilitação de conectividade, suporte educativo e participação dos usuários no desenvolvimento (Wilson *et al.*, 2024). A expansão de aplicativos, teleatendimento e comunicação assíncrona deve ser acompanhada por indicadores de quem consegue acessar, concluir e se beneficiar de cada modalidade. Como o território brasileiro combina grandes centros urbanos, áreas rurais e regiões remotas, a adoção tecnológica precisa considerar desigualdades de infraestrutura e evitar que critérios de eficiência excluam pessoas que necessitam de maior apoio.

2.10. Intersetorialidade, Governança e Monitoramento da Equidade

A intersectorialidade decorre do fato de que muitos determinantes não podem ser modificados pelo setor saúde isoladamente. A Organização Mundial da Saúde recomenda abordagens de Saúde em Todas as Políticas, com governança, liderança, formas colaborativas de trabalho e recursos para sustentar decisões intersectoriais (World Health Organization, 2023). Heller et al. (2024) ressaltam que mudanças duradouras exigem atuar sobre regras e relações de poder, e não apenas sobre consequências individuais.

Monitorar equidade significa desagregar indicadores e acompanhar tanto resultados quanto distribuição de benefícios. O marco operacional da OMS propõe etapas para selecionar indicadores de determinantes, avaliar desigualdades e usar dados na ação política (World Health Organization, 2024). A página institucional do Ministério da Saúde sobre equidade explicita que a APS deve acolher e articular demandas de grupos em situação de iniquidade e promover ações intersetoriais (Brasil, 2026a). Em situações de desastres, recomendações nacionais de 2026 reforçam atenção às populações mais expostas e necessidade de promoção da equidade na resposta e recuperação (Brasil, 2026b).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, desenvolvida para sintetizar evidências recentes sobre determinantes sociais da saúde, iniquidades e estratégias multiprofissionais e intersetoriais voltadas à promoção da equidade e do cuidado integral. A revisão integrativa foi escolhida por permitir articulação entre estudos observacionais, revisões, análises de implementação e documentos institucionais, preservando diferenças entre evidência empírica, reflexão conceitual e orientação normativa. A pergunta orientadora foi: quais desafios associados aos determinantes sociais da saúde interferem na equidade e na integralidade do cuidado e quais estratégias multiprofissionais, territoriais e intersetoriais são descritas para enfrentá-los no âmbito da Saúde Coletiva e da Atenção Primária?

A busca foi realizada entre 1º e 28 de setembro de 2026 nas bases MEDLINE, via PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, via

Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/BVS). Complementarmente, foram consultados documentos oficiais e páginas institucionais do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. A combinação entre bases científicas e fontes oficiais foi utilizada para contemplar evidências sobre desigualdades, acesso, trabalho em equipe e intervenções, além de marcos normativos e instrumentos de monitoramento aplicáveis ao SUS.

Foram empregados descritores e termos livres em português, inglês e espanhol: “Social Determinants of Health”/“Determinantes Sociais da Saúde”, “Health Equity”/“Equidade em Saúde”, “Health Inequities”, “Primary Health Care”/“Atenção Primária à Saúde”, “Collective Health”/“Saúde Coletiva”, “Health Promotion”, “Health Services Accessibility”, “Interprofessional Relations”, “Patient-Centered Care”, “Community Health Workers”, “Social Needs”, “Structural Racism”, “Digital Health” e “Unified Health System”/“Sistema Único de Saúde”. Os termos foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR, com adaptações às interfaces das bases e às particularidades dos vocabulários controlados MeSH e DeCS.

A estratégia-base combinou blocos relacionados a determinantes, equidade, atenção primária e respostas organizacionais, por exemplo: (“Social Determinants of Health” OR “Social Needs” OR “Health Inequities”) AND (“Primary Health Care” OR “Public Health”) AND (“Health Equity” OR “Interprofessional Relations” OR “Community Health Workers” OR “Health Promotion”). Para o contexto brasileiro foram adicionados “Sistema Único de Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “equipe multiprofissional”, “racismo”, “território”, “insegurança alimentar” e “saúde digital”. Os registros foram organizados em matriz contendo autoria, ano, local, desenho,

população ou contexto, determinante abordado, barreira observada, estratégia descrita e implicações para equidade e integralidade.

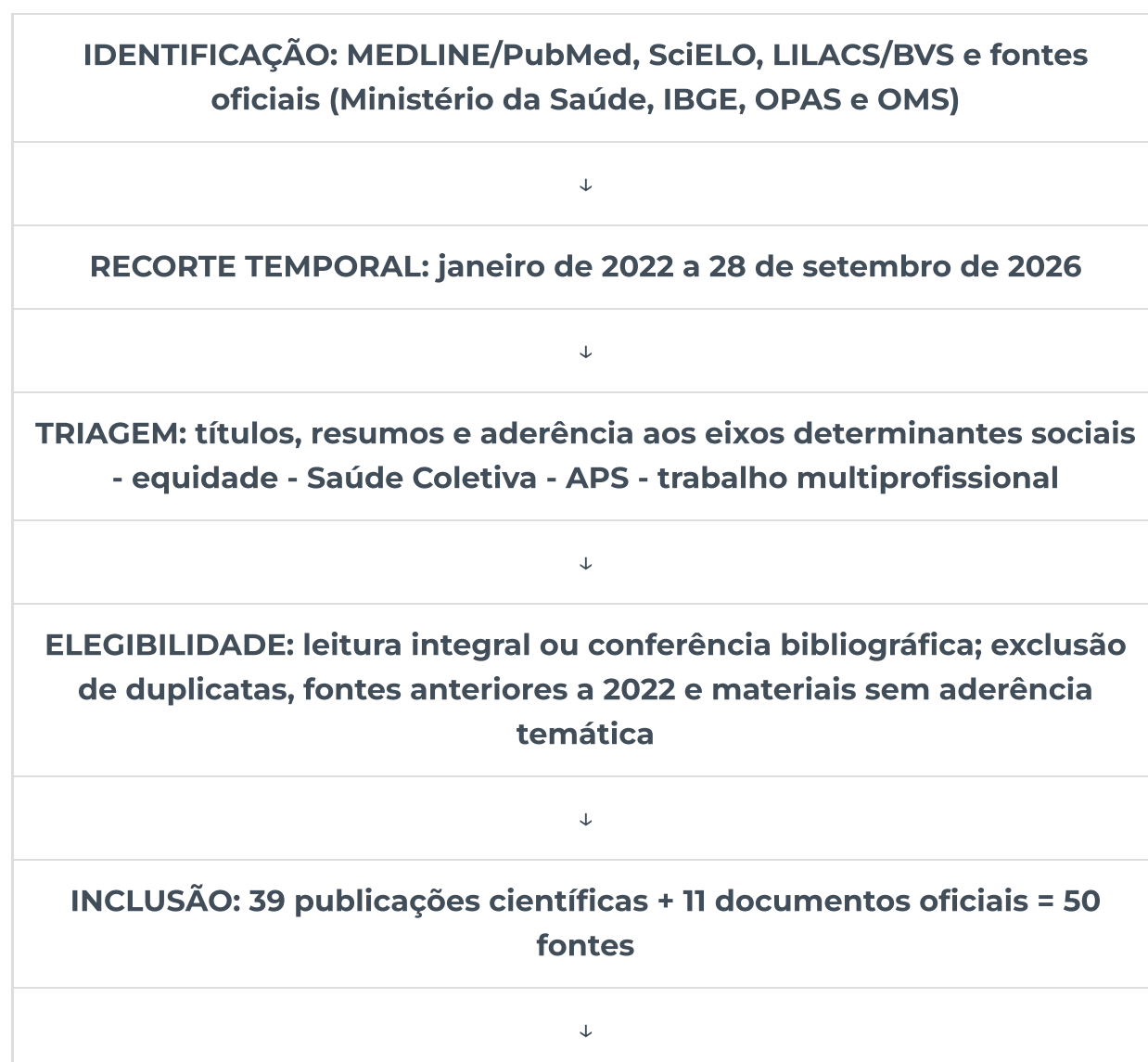
Foram incluídas publicações de janeiro de 2022 a 28 de setembro de 2026, em português, inglês ou espanhol, com texto completo ou registro bibliográfico verificável e relação direta com determinantes sociais, desigualdades, acesso, APS, colaboração multiprofissional, necessidades sociais, equidade racial, território, participação comunitária, saúde digital ou intersetorialidade. Documentos institucionais foram elegíveis quando estabeleciam políticas, orientações, indicadores ou estratégias contemporâneas pertinentes ao SUS e à equidade. Priorizou-se literatura revisada por pares e fontes oficiais, mantendo o limite temporal para assegurar atualização e coerência com o período de rápida reorganização da APS e das agendas de equidade.

Foram excluídos materiais publicados antes de 2022; duplicatas; editoriais ou textos de opinião sem contribuição conceitual verificável; estudos centrados exclusivamente em mecanismos biomédicos sem relação com determinantes ou equidade; pesquisas de serviços sem análise de acesso ou desigualdade; resumos sem informações suficientes; materiais promocionais; e fontes cuja autoria, periódico, DOI ou origem institucional não puderam ser confirmados. Estudos de outros países foram mantidos quando ofereciam evidências transferíveis sobre colaboração interprofissional, rastreamento de necessidades sociais, trabalhadores comunitários ou inclusão digital, mas sua aplicação ao SUS foi interpretada com cautela.

A seleção ocorreu em quatro etapas: identificação dos registros; triagem por título e resumo; avaliação de elegibilidade por leitura do

texto integral ou conferência detalhada do registro e da fonte; e inclusão na síntese. O corpus final foi composto por 50 fontes, sendo 39 publicações científicas e 11 documentos oficiais. A análise temática foi iterativa e organizou achados em nove eixos: determinantes estruturais; desigualdades socioeconômicas e territoriais; APS e acesso; raça e cultura; condições materiais; identificação de necessidades sociais; trabalho multiprofissional; participação comunitária; equidade digital e governança intersetorial.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa



SÍNTESE TEMÁTICA: determinantes estruturais; acesso e território; equidade racial e cultural; condições materiais; necessidades sociais; multiprofissionalidade; participação; equidade digital; governança intersetorial

Fonte: elaboração dos autores (2026).

Por utilizar exclusivamente dados secundários, públicos ou provenientes de publicações científicas, sem acesso a informações individualizadas, o estudo não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes e fidelidade aos resultados dos estudos consultados. Entre as limitações destacam-se heterogeneidade de desenhos e contextos, uso de estudos internacionais para alguns eixos, diferenças conceituais entre determinantes sociais e necessidades sociais, atualização contínua de políticas públicas e ausência de metanálise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Panorama das Evidências e Convergências Conceituais

A síntese das 50 fontes demonstrou convergência em torno de três ideias. Primeiro, desigualdades em saúde são produzidas por combinações de condições socioeconômicas, território, discriminação, ambiente, acesso a recursos e organização dos serviços. Segundo, respostas exclusivamente clínicas são insuficientes quando causas e barreiras estão fora do setor saúde. Terceiro, a APS pode atuar como plataforma de equidade ao reconhecer necessidades, coordenar cuidado, articular recursos e produzir informação territorial.

A literatura também mostra que determinantes sociais não formam lista estática. Eles se combinam em trajetórias e podem produzir efeitos cumulativos. Amri et al. (2023) demonstram que mesmo documentos de promoção da saúde podem usar linguagem ampla de equidade sem detalhar mecanismos causais, enquanto Heller et al. (2024) defendem maior precisão sobre determinantes estruturais. No plano mensurável, Lines et al. (2023) identificam diversidade de índices compostos, e Hoyer et al. (2022) ressaltam necessidade de clareza na definição de equidade.

Quadro 1. Síntese dos principais desafios e estratégias para promoção da equidade e do cuidado integral

Eixo	Desafio evidenciado	Estratégias multiprofissionais e intersetoriais
Condições socioeconômicas e território	Renda, escolaridade, ruralidade, transporte e distribuição desigual de recursos condicionam acesso e continuidade.	Territorialização; estratificação de vulnerabilidades; busca ativa; agendas flexíveis; monitoramento desagregado.
Raça, cultura e discriminação	Racismo estrutural, invisibilização de desigualdades e barreiras culturais podem comprometer acolhimento e desfechos.	Qualificação do quesito raça/cor; cuidado culturalmente sensível; educação permanente; participação comunitária; políticas antirracistas.
Necessidades sociais e condições materiais	Insegurança alimentar, moradia, trabalho e apoio social interferem na capacidade de seguir planos de cuidado.	Rastreamento com finalidade clara; planos factíveis; encaminhamento acompanhado; articulação com proteção social,

		habitação e segurança alimentar.
APS e trabalho multiprofissional	Fragmentação profissional e encaminhamentos sem coordenação reduzem integralidade.	Planos compartilhados; apoio matricial; eMulti; reuniões de equipe; agentes comunitários; coordenação longitudinal.
Governança, intersetorialidade e inclusão digital	Ações isoladas, dados agregados e digitalização excludente podem ampliar iniquidades.	Saúde em Todas as Políticas; indicadores de equidade; coprodução; suporte digital; alternativas não digitais; avaliação contínua.

Fonte: elaboração dos autores a partir da síntese das evidências (2026).

4.2. Desigualdades Socioeconômicas, Territoriais e Barreiras de Acesso

As desigualdades de acesso aparecem associadas a renda, escolaridade, território, condição de saúde, raça e outras dimensões. A revisão de Oliveira e Pereira (2024) mapeou múltiplas expressões de desigualdade no acesso na América Latina, refletindo trajetórias históricas e estruturais. Alemu et al. (2024) identificaram determinantes sociais relacionados a necessidades não atendidas de atenção primária em contexto de cobertura universal, mostrando que gratuidade no ponto de cuidado não elimina barreiras. Alvear-Vega e Vargas-Garrido (2023) encontraram influência de informação, confiança e condições sociais na não utilização de garantias de saúde.

No Brasil, desigualdades territoriais exigem planejamento que reconheça diferentes capacidades locais. Passarelli-Araujo e Souza

(2023) mostram que disparidades urbano-rurais não podem ser interpretadas sem atributos sociodemográficos. Miranda et al. (2023) propõem priorização de regiões de saúde para acelerar metas, e o IBGE (2024) evidencia heterogeneidade nas condições de vida e acesso potencial a serviços. Tura et al. (2024) e Mrejen, Nunes e Giacomini (2024) acrescentam evidências de gradientes socioeconômicos em qualidade de vida e utilização.

A experiência de migrantes no Brasil ilustra como universalidade legal pode coexistir com barreiras linguísticas, ocupacionais, territoriais e informacionais. Martin et al. (2026) analisaram determinantes sociais e acesso de migrantes ao sistema público, apontando vulnerabilidades agravadas em contexto de crise. Em termos operacionais, isso demanda acolhimento culturalmente sensível, informação compreensível, apoio para navegação e articulação com serviços sociais.

4.3. APS, Territorialização e Identificação de Vulnerabilidades

A APS é o ponto do sistema com maior potencial para integrar conhecimento clínico e territorial. A expansão da Estratégia Saúde da Família fornece base para esse trabalho, embora a distribuição das equipes seja desigual (Barbosa *et al.*, 2025). Ferreira-Batista et al. (2022) associam oferta local e cadastro na estratégia a indicadores favoráveis de saúde em áreas metropolitanas. Esses achados sustentam fortalecimento de adscrição, vínculo, visitas domiciliares, busca ativa e acompanhamento longitudinal como meios de perceber vulnerabilidades antes que produzam agravamentos.

O reconhecimento de vulnerabilidades deve resultar em intervenção proporcional à necessidade. Bernard et al. (2023) mostram que

peças em desvantagem socioeconômica vivenciam intervenções de atenção primária de maneira condicionada por acessibilidade, relação, flexibilidade e contexto. A página de Equidade em Saúde do Ministério da Saúde destaca papel da APS na implementação de políticas e ações intersectoriais para grupos em situação de iniquidade (Brasil, 2026a).

Financiamento e organização influenciam a capacidade de responder às necessidades. A Portaria GM/MS nº 3.493/2024 instituiu nova metodologia de cofinanciamento da APS, reforçando cadastro, acompanhamento e qualidade como componentes de gestão (Brasil, 2024). Para orientar equidade, esses mecanismos precisam ser lidos em conjunto com vulnerabilidade territorial, carga de necessidades e capacidade local. Indicadores de produção isolados podem incentivar volume sem integralidade; indicadores de resultado sem ajuste de contexto podem penalizar equipes que atendem populações mais vulneráveis.

4.4. Raça, Racismo, Cultura e Interseccionalidade no Cuidado

As evidências reforçam que raça e racismo influenciam saúde por múltiplos caminhos. Kapadia e Borrell (2023) argumentam que produzir evidência sobre disparidades é insuficiente sem ação sobre estruturas. Bittencourt, Santana e Santos (2023) discutem iniquidades na atenção primária à população negra, enquanto Egede, Walker e Williams (2024) relacionam racismo estrutural a sistemas de educação, emprego, habitação e saúde.

A Estratégia Antirracista para a Saúde estabelece o enfrentamento do racismo como dimensão institucional e relaciona equidade étnico-racial à universalidade e integralidade do SUS (Brasil, 2023b).

O Plano de Ação 2025 detalha prioridades de qualificação de dados, ações afirmativas e monitoramento em áreas como saúde mental, doença falciforme e saúde materno-infantil (Brasil, 2025). Esses instrumentos favorecem passagem de iniciativas pontuais para rotinas de gestão.

Cultura deve ser considerada sem essencializar identidades. Müller, Lima e Ortega (2023) propõem cuidado culturalmente sensível baseado em negociação de diferenças e reconhecimento do contexto histórico. Essa abordagem é coerente com integralidade porque valoriza linguagem, práticas de cuidado, crenças e experiências sem abandonar critérios de segurança. Em equipes multiprofissionais, diferentes saberes podem ampliar compreensão do problema e adaptar comunicação.

4.5. Condições Materiais de Vida e Necessidades Sociais

Insegurança alimentar, moradia e renda surgiram como eixos recorrentes por influenciarem exposição a riscos e capacidade de executar recomendações. Vale et al. (2022) documentaram associação entre fome e determinantes sociais em adolescentes brasileiros. Howden-Chapman et al. (2023) mostram que qualidade habitacional se relaciona a desigualdades de saúde e que intervenções no ambiente domiciliar podem produzir benefícios. Arcaya, Ellen e Steil (2024) destacam papel do bairro, incluindo serviços, mobilidade, ambiente físico e recursos coletivos.

A equipe pode adaptar planos quando conhece restrições reais. Orientar alimentação saudável sem considerar insegurança alimentar, recomendar atividade física sem avaliar segurança do território ou programar retornos frequentes sem considerar

transporte e trabalho pode produzir não adesão atribuída injustamente ao usuário. Painter et al. (2024) defendem uso cuidadoso do rastreamento social na atenção primária, e Karran et al. (2023) mostram diversidade de instrumentos e formas de aplicação.

Situações climáticas e desastres tornam visível a interação entre território, infraestrutura e vulnerabilidade. A Nota Técnica nº 32/2026 orienta equipes da APS para resposta e recuperação a chuvas intensas com ênfase em equidade, reconhecendo que populações expostas diferem em capacidade de proteção e recuperação (Brasil, 2026b). Esse princípio é aplicável à rotina: emergências amplificam desigualdades já existentes e exigem mapas de risco, continuidade de medicamentos, proteção de pessoas dependentes de cuidado e articulação com defesa civil e assistência social.

4.6. Trabalho Multiprofissional e Coordenação do Cuidado

Os estudos sobre colaboração interprofissional sugerem que efeitos dependem mais da qualidade da integração do que do número de profissões presentes. Bouton et al. (2023) observaram heterogeneidade nos resultados de intervenções colaborativas, e Sirimsi et al. (2022) identificaram estratégias organizacionais e educativas para fortalecer integração. Davidson et al. (2022) mostram que pacientes percebem valor quando profissionais compartilham informação e oferecem cuidado coerente.

A multiprofissionalidade é particularmente útil quando necessidades clínicas e sociais se sobrepõem. Serviço social pode contribuir com proteção social e direitos; enfermagem e medicina com longitudinalidade e manejo clínico; nutrição com estratégias

factíveis de alimentação; psicologia com sofrimento e redes; fisioterapia e educação física com funcionalidade; odontologia com condições bucais; farmácia com uso seguro de medicamentos. Guilamo-Ramos et al. (2023) propõem intervenções de enfermagem em múltiplos níveis para determinantes sociais, enquanto Wise, Caiola e Njie-Carr (2023) defendem atuação profissional mais orientada à equidade.

Ferramentas de classificação e registro podem ajudar a tornar necessidades sociais visíveis para o conjunto da equipe. Wagner et al. (2023) identificaram componentes de determinantes sociais em classificações padronizadas de enfermagem e também lacunas. O uso dessas estruturas deve apoiar raciocínio e continuidade, sem reduzir fenômenos sociais a códigos. Reuniões de equipe podem revisar casos com repetidas faltas, descompensações ou uso frequente de urgência, perguntando quais barreiras sociais estão presentes.

4.7. Agentes Comunitários e Participação das Comunidades

Agentes comunitários podem reduzir distância entre serviço e população, especialmente quando dispõem de supervisão, formação, recursos e inserção real na equipe. Ahmed et al. (2022) apontam potencial de trabalhadores comunitários para alcançar grupos desfavorecidos, mas mostram que equidade não é automática e depende do desenho dos programas. Visitas domiciliares, contato com lideranças, busca ativa e educação em saúde permitem identificar barreiras antes invisíveis.

Participação comunitária melhora legitimidade e adequação das intervenções. O relatório da OPAS enfatiza que populações

indígenas, afrodescendentes, pessoas de baixa renda, trabalhadores informais e outros grupos enfrentam desvantagens importantes na Região das Américas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024). A escuta dessas populações pode revelar barreiras que dados agregados não capturam. Conselhos, assembleias, grupos de usuários, organizações locais e lideranças podem participar do diagnóstico, da definição de prioridades e da avaliação.

4.8. Rastreamento Social, Encaminhamento e Articulação Intersetorial

Rastreamento social é útil quando há fluxos definidos. Pourat et al. (2023) mostram que centros de saúde coletam dados de determinantes, mas ainda existem lacunas sobre uso e impacto. Bretsch, Wallace e McCoy (2024) identificaram desafios de recursos e seguimento após triagem. Uma estratégia operacional consiste em selecionar poucas necessidades prioritárias, definir perguntas, registrar resposta, pactuar encaminhamento, acompanhar desfecho e revisar o processo.

A intersectorialidade requer governança além do nível do caso. O guia da OMS sobre Saúde em Todas as Políticas recomenda estruturas de liderança, responsabilização, financiamento e formas estáveis de colaboração entre setores (World Health Organization, 2023). O marco de monitoramento de determinantes sociais propõe usar indicadores para orientar ação e avaliar se políticas modificam desigualdades (World Health Organization, 2024). Na gestão municipal ou regional, comitês intersetoriais podem estabelecer prioridades comuns, compartilhar indicadores agregados, pactuar respostas e monitorar resultados.

A articulação deve reconhecer limites de capacidade e evitar medicalização da pobreza. Problemas de renda, moradia ou desemprego não se resolvem por prescrição clínica, mas podem exigir adaptação do cuidado e encaminhamento para políticas adequadas. Heller et al. (2024) lembram que determinantes estruturais envolvem regras e poder; portanto, ações locais precisam coexistir com políticas redistributivas e proteção social. A equipe contribui ao documentar padrões, produzir informação territorial, encaminhar demandas coletivas e participar de instâncias de planejamento.

4.9. Desigualdades Digitais e Inovação Orientada à Equidade

A transformação digital pode apoiar coordenação, mas traz risco de seleção. Badr, Motulsky e Denis (2024) mostram que tecnologias podem reforçar desigualdades por acesso, habilidades e contexto. Shaw et al. (2024) analisam como soluções digitais se relacionam às várias dimensões do acesso e destacam lacunas em mecanismos mais estruturais. Para o SUS, agendamento, teleatendimento, aplicativos e mensagens devem ser avaliados por subgrupos e territórios.

Wilson et al. (2024) sintetizam recomendações de desenho inclusivo, suporte, conectividade e coprodução com usuários. O conceito de equidade digital desloca a pergunta de “a tecnologia está disponível?” para “as pessoas conseguem usá-la e obter benefício comparável?”. Idosos, pessoas com deficiência, usuários de baixa renda, populações rurais, migrantes e pessoas com menor letramento podem enfrentar barreiras específicas. Estratégias incluem materiais acessíveis, linguagem simples, treinamento, apoio

de familiares ou profissionais quando desejado, equipamentos públicos e manutenção de canais não digitais.

A inclusão digital também depende de confiança e adequação cultural. Informações online precisam ser compreensíveis, relevantes e compatíveis com diferentes repertórios. A literatura de competência cultural alerta contra padronização que ignora contextos (Müller; Lima; Ortega, 2023). Por isso, desenho participativo e testes com grupos diversos são necessários antes da escala.

4.10. Prioridades Estratégicas para Equidade e Cuidado Integral no SUS

A primeira prioridade estratégica é consolidar uma abordagem territorial de equidade. Cada equipe deve conhecer composição demográfica, condições de vida, grupos com menor acesso, recursos comunitários e eventos que alteram vulnerabilidades. Dados do IBGE (2024), indicadores locais e registros da APS podem ser combinados, respeitando qualidade e privacidade.

A segunda prioridade é fortalecer acesso e continuidade em populações com maior necessidade. A expansão da Estratégia Saúde da Família representa base relevante, mas diferenças de cobertura e distribuição permanecem (Barbosa *et al.*, 2025). A organização deve combinar demanda espontânea, cuidado programado, visitas domiciliares, horários compatíveis e mecanismos de retorno. Alemu *et al.* (2024) mostram que necessidades não atendidas persistem mesmo em sistemas universais, e Oliveira e Pereira (2024) evidenciam múltiplas barreiras na América Latina.

A terceira prioridade é integrar trabalho multiprofissional a linhas de cuidado e território. A eMulti oferece estrutura normativa para atuação complementar e articulada à Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2023a). Para evitar fragmentação, é necessário definir casos e situações em que apoio multiprofissional agrega valor, estabelecer formas de contato entre profissionais e pactuar responsabilidade compartilhada. Bouton et al. (2023) e Sirimsi et al. (2022) indicam que comunicação e clareza de papéis são componentes centrais.

A quarta prioridade é institucionalizar equidade racial, cultural e de outros grupos vulnerabilizados. A Estratégia Antirracista e seu plano de ação oferecem referências nacionais para qualificar dados e práticas (Brasil, 2023b; Brasil, 2025). Kapadia e Borrell (2023) reforçam necessidade de passar da descrição para transformação. Serviços devem revisar indicadores, protocolos, incidentes de discriminação, participação e experiência. Formação isolada é insuficiente se normas, agendas ou fluxos mantêm barreiras. A equidade precisa aparecer em metas, supervisão, educação permanente e mecanismos de responsabilização.

A quinta prioridade é conectar identificação de necessidades sociais a recursos e políticas. Karran et al. (2023), Painter et al. (2024) e Bretsch, Wallace e McCoy (2024) mostram que triagem sem resposta é uma limitação recorrente. Antes de ampliar formulários, serviços devem mapear o que conseguem fazer, quais parceiros existem e como acompanhar. Quando muitos usuários apresentam a mesma necessidade, o dado deve alimentar planejamento coletivo e negociação intersetorial.

A sexta prioridade é proteger a equidade na transformação digital e nas emergências. Recomendações de Wilson et al. (2024) indicam

que suporte, infraestrutura e coprodução são essenciais à inclusão digital. A Nota Técnica nº 32/2026 mostra que crises climáticas exigem respostas da APS sensíveis às desigualdades de exposição e recuperação (Brasil, 2026b). Planejamento de continuidade deve identificar pessoas dependentes de medicamentos, dispositivos, cuidadores ou transporte, além de canais de comunicação redundantes.

Por fim, a efetividade depende de governança e avaliação contínua. O relatório mundial da OMS recomenda ação sobre desigualdades econômicas, discriminação, crises e distribuição de poder e recursos (World Health Organization, 2025). A OPAS reforça trabalho sobre determinantes e intersetorialidade na Região das Américas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024). No SUS, políticas de equidade e APS fornecem marcos, mas resultados exigem financiamento, força de trabalho, informação, participação social e capacidade de coordenação.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise evidencia que os determinantes sociais da saúde condicionam riscos, oportunidades de proteção, acesso aos serviços e continuidade do cuidado. Renda, escolaridade, raça e etnia, moradia, alimentação, trabalho, território, mobilidade, redes sociais, cultura e acesso digital interagem e produzem necessidades distintas. Promover equidade, portanto, exige respostas proporcionais às barreiras vivenciadas pelos diferentes grupos.

A Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família ocupam posição estratégica por articularem vínculo, longitudinalidade, territorialização e coordenação. O cuidado integral se fortalece

quando as equipes reconhecem vulnerabilidades, adaptam planos às condições de vida, realizam busca ativa e acompanham encaminhamentos. A identificação de necessidades sociais deve estar vinculada a possibilidades concretas de resposta.

O trabalho multiprofissional amplia a compreensão de problemas complexos e favorece respostas clínicas, funcionais, psicossociais e sociais integradas. Sua efetividade depende de comunicação estruturada, responsabilidades compartilhadas, planejamento comum e articulação em rede. Agentes comunitários e participação social aproximam as decisões das experiências territoriais e tornam visíveis barreiras pouco captadas por indicadores agregados.

A intersectorialidade é indispensável porque muitos determinantes excedem a governabilidade dos serviços de saúde. Saúde, assistência social, educação, habitação, trabalho, segurança alimentar, mobilidade e meio ambiente precisam compartilhar objetivos e fluxos de atuação. Políticas de equidade racial, inclusão digital e monitoramento por indicadores desagregados são necessárias para verificar se os benefícios alcançam grupos historicamente desfavorecidos.

Conclui-se que promover equidade e cuidado integral na Saúde Coletiva requer APS territorialmente forte, equipes multiprofissionais integradas, participação comunitária, articulação intersectorial e governança orientada por dados. O desafio é transformar os determinantes sociais identificados em decisões capazes de reduzir barreiras evitáveis e distribuir recursos conforme as necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, Sonia et al. Community health workers and health equity in low- and middle-income countries: systematic review and recommendations for policy and practice. *International Journal for Equity in Health*, v. 21, art. 49, 2022. DOI: 10.1186/s12939-021-01615-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01615-y>. Acesso em: 18 set. 2026

ALEMU, Feben W. et al. Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Systematic Reviews*, v. 13, art. 252, 2024. DOI: 10.1186/s13643-024-02647-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5>. Acesso em: 8 set. 2026

ALVEAR-VEGA, Sandra; VARGAS-GARRIDO, Héctor. Social determinants of the non-use of the explicit health guarantees plan (the GES plan). *BMC Health Services Research*, v. 23, art. 1129, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-10149-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10149-8>. Acesso em: 16 set. 2026

AMRI, Michelle et al. Health promotion, the social determinants of health, and urban health: what does a critical discourse analysis of World Health Organization texts reveal about health equity? *BMC Global and Public Health*, v. 1, art. 25, 2023. DOI: 10.1186/s44263-023-00023-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00023-4>. Acesso em: 26 set. 2026

ARCAYA, Mariana C.; ELLEN, Ingrid Gould; STEIL, Justin. Neighborhoods and health: interventions at the neighborhood level could help advance health equity. *Health Affairs*, v. 43, n. 2, p. 156-163, 2024. DOI: 10.1377/hlthaff.2023.01037. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01037>. Acesso em: 29 ago. 2026

BADR, Janine; MOTULSKY, Aude; DENIS, Jean-Louis. Digital health technologies and inequalities: a scoping review of potential impacts and policy recommendations. *Health Policy*, v. 146, 105122, 2024. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.105122. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122>. Acesso em: 16 set. 2026

BARBOSA, Pedro Henrique Sales et al. Trends and geographical distribution of Family Health Strategy in Brazil from 2009-2023. *Healthcare*, v. 13, n. 11, art. 1246, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13111246. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare13111246>. Acesso em: 10 set. 2026

BARCELONA, Veronica; CONDON, Eileen M.; JACOBY, Sara F. Leveraging biosocial methods to examine and address structural determinants of health and promote health equity. *Nursing Outlook*, v. 72, n. 4, 102195, 2024. DOI: 10.1016/j.outlook.2024.102195. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102195>. Acesso em: 8 set. 2026

BERNARD, Kate et al. Experiences of non-pharmaceutical primary care interventions for common mental health disorders in socioeconomically disadvantaged groups: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 7, art. 5237, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20075237. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20075237>. Acesso em: 28 set. 2026

BITTENCOURT, Liliane de Jesus; SANTANA, Karine de Souza Oliveira; SANTOS, Débora Santa Mônica. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 137, p. 31-41, 2023. DOI:

10.1590/0103-1104202313702.

Disponível

em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>. Acesso em: 2 set. 2026

BOUTON, Céline et al. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. BMC Primary Care, v. 24, art. 253, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-02189-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02189-0>. Acesso em: 8 set. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Equidade em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>. Acesso em: 27 set. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Antirracista para a Saúde: Plano de Ação 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/estrategia-antirracista-para-a-saude-plano-de-acao-2025.pdf>. Acesso em: 10 set. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 32/2026-CGAEQ/DESF/SAPS/MS. Recomendações às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde acerca da resposta e recuperação às emergências climáticas por chuvas intensas e desastres associados, com ênfase na promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-32-2026-cgaeq-desf-saps-ms/view>. Acesso em: 31 ago. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no

âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html. Acesso em: 29 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, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/legislacao>. Acesso em: 18 set. 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://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 20 set. 2026

BRETSCH, Jennifer K.; WALLACE, Andrea S.; MCCOY, Rosha. Social Needs Screening in Academic Health Systems: A Landscape Assessment. *Population Health Management*, v. 27, n. 5, p. 312-319, 2024. DOI: 10.1089/pop.2024.0111. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/pop.2024.0111>. Acesso em: 18 set. 2026

DAVIDSON, Alexandra R. et al. What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: an integrative review. *BMC Primary Care*, v. 23, art. 8,

2022. DOI: 10.1186/s12875-021-01595-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01595-6>. Acesso em: 29 ago. 2026

EGEDE, Leonard E.; WALKER, Rebekah J.; WILLIAMS, Joni S. Addressing structural inequalities, structural racism, and social determinants of health: a vision for the future. *Journal of General Internal Medicine*, v. 39, n. 3, p. 487-491, 2024. DOI: 10.1007/s11606-023-08426-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08426-7>. Acesso em: 18 set. 2026

FERREIRA-BATISTA, Natalia N. et al. The Brazilian Family Health Strategy and adult health: evidence from individual and local data for metropolitan areas. *Economics & Human Biology*, v. 46, 101143, 2022. DOI: 10.1016/j.ehb.2022.101143. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101143>. Acesso em: 12 set. 2026

GUILAMO-RAMOS, Vincent et al. Nurse-led approaches to address social determinants of health and advance health equity: a new framework and its implications. *Nursing Outlook*, v. 71, n. 6, 101996, 2023. DOI: 10.1016/j.outlook.2023.101996. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101996>. Acesso em: 12 set. 2026

HELLER, Jonathan C. et al. Keeping it political and powerful: defining the structural determinants of health. *Milbank Quarterly*, v. 102, n. 2, p. 351-366, 2024. DOI: 10.1111/1468-0009.12695. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12695>. Acesso em: 27 set. 2026

HEWETT, Angela et al. UK primary care teams and social determinants of health intervention: a qualitative study. *BJGP Open*, 2026, art. BJGPO.2025.0216. DOI: 10.3399/BJGPO.2025.0216. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2025.0216>. Acesso em: 31 ago. 2026

HOWDEN-CHAPMAN, Philippa et al. Review of the impact of housing quality on inequalities in health and well-being. Annual Review of Public Health, v. 44, p. 233-254, 2023. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071521-111836. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071521-111836>. Acesso em: 18 set. 2026

HOYER, Deborah et al. How do we define and measure health equity? The state of current practice and tools to advance health equity. Journal of Public Health Management and Practice, v. 28, n. 5, p. 570-577, 2022. DOI: 10.1097/PHH.0000000000001603. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001603>. Acesso em: 6 set. 2026

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais 2024: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. ISBN 978-85-240-4641-4. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102144.pdf>. Acesso em: 24 set. 2026

KAPADIA, Farzana; BORRELL, Luisa N. Structural racism and health inequities: moving from evidence to action. American Journal of Public Health, v. 113, supl. 1, p. S6-S9, 2023. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307174. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307174>. Acesso em: 26 set. 2026

KARRAN, Emma L. et al. The 'what' and 'how' of screening for social needs in healthcare settings: a scoping review. PeerJ, v. 11, e15263, 2023. DOI: 10.7717/peerj.15263. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.15263>. Acesso em: 4 set. 2026

LAZZARI, Eduardo A. et al. Social determinants of health in Brazil during the COVID-19 pandemic: strengths and limitations of emergency responses. *Health Affairs Scholar*, v. 1, n. 1, qxad014, 2023. DOI: 10.1093/haschl/qxad014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad014>. Acesso em: 22 set. 2026

LINES, Lisa M. et al. Composite indices of social determinants of health: overview, measurement gaps, and research priorities for health equity. *Population Health Management*, v. 26, n. 5, p. 332-340, 2023. DOI: 10.1089/pop.2023.0106. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/pop.2023.0106>. Acesso em: 29 ago. 2026

MARTIN, Denise et al. Social determinants of health and migrant access to public healthcare in Brazil during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, v. 26, art. 1111, 2026. DOI: 10.1186/s12889-025-26115-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-26115-4>. Acesso em: 20 set. 2026

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli de et al. Health inequalities in Brazil: proposed prioritization to achieve the Sustainable Development Goals. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, e00119022, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT119022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>. Acesso em: 20 set. 2026

MREJEN, Matias; NUNES, L.; GIACOMIN, Karla. Socioeconomic inequalities in health and healthcare utilization among the elderly in Brazil: results from the 2019 National Health Survey. *Public Health*, v. 226, p. 165-172, 2024. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.11.015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.11.015>. Acesso em: 16 set. 2026

MÜLLER, Manuela Rodrigues; LIMA, Rossano Cabral; ORTEGA, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde

no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 3, e210731pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023210731pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>. Acesso em: 16 set. 2026

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, e04932024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.04932024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Acesso em: 6 set. 2026

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rumo à equidade em saúde na Região das Américas. Washington, DC: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/publicacoes/rumo-equidade-em-saude-na-regiao-das-americas>. Acesso em: 2 set. 2026

PAINTER, H. et al. Social needs screening in primary care: a tool in the fight for health equity? Public Health in Practice, v. 7, 100466, 2024. DOI: 10.1016/j.puhip.2024.100466. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100466>. Acesso em: 28 set. 2026

PASSARELLI-ARAUJO, Hisrael; SOUZA, Gabriel Moraes de. Urban-rural health disparities in Brazil: do sociodemographic attributes play a role? Preventive Medicine, v. 175, 107679, 2023. DOI: 10.1016/j.ypmed.2023.107679. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107679>. Acesso em: 16 set. 2026

POURAT, Nadereh et al. A systematic literature review of health center efforts to address social determinants of health. Medical Care Research and Review, v. 80, n. 3, p. 255-265, 2023. DOI:

10.1177/10775587221088273. Disponível em:
<https://doi.org/10.1177/10775587221088273>. Acesso em: 16 set. 2026

SHAW, James et al. Digital health and equitable access to care. PLOS Digital Health, v. 3, n. 9, e0000573, 2024. DOI: 10.1371/journal.pdig.0000573. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000573>. Acesso em: 2 set. 2026

SIRIMSI, Muhammed Mustafa et al. Scoping review to identify strategies and interventions improving interprofessional collaboration and integration in primary care. BMJ Open, v. 12, n. 10, e062111, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-062111. Disponível em:
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062111>. Acesso em: 4 set. 2026

TURA, Bernardo Rangel et al. Health inequity assessment in Brazil: is EQ-5D-3L sensible enough to detect differences among distinct socioeconomic groups? Health and Quality of Life Outcomes, v. 22, art. 22, 2024. DOI: 10.1186/s12955-024-02235-0. Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/s12955-024-02235-0>. Acesso em: 26 set. 2026

VALE, Diôgo et al. Determinantes sociais em saúde associados à vivência da fome entre adolescentes do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 7, p. 2895-2909, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.17792021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.17792021>. Acesso em: 2 set. 2026

WAGNER, Cheryl Marie et al. Removing the roadblocks to promoting health equity: finding the social determinants of health addressed in standardized nursing classifications. Journal of the American Medical Informatics Association, v. 30, n. 11, p. 1868-1877, 2023. DOI: 10.1093/jamia/ocad098. Disponível em:
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocad098>. Acesso em: 22 set. 2026

WILSON, Sarah et al. Recommendations to advance digital health equity: a systematic review of qualitative studies. npj Digital Medicine, v. 7, art. 173, 2024. DOI: 10.1038/s41746-024-01177-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01177-7>. Acesso em: 18 set. 2026

WISE, Jenni; CAIOLA, Courtney; NJIE-CARR, Veronica. A fundamental shift in nursing is a requisite for achieving health equity: the nurses' role in addressing social determinants of health. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, v. 34, n. 1, p. 125-131, 2023. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000383. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000383>. Acesso em: 16 set. 2026

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization, 2024. ISBN 978-92-4-008832-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>. Acesso em: 2 set. 2026

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches. Geneva: World Health Organization, 2023. ISBN 978-92-4-006753-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067530>. Acesso em: 24 set. 2026

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-010758-8. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>. Acesso em: 2 set. 2026

¹ Mestrando em Saúde da Família; Médico especialista em Saúde da Família e Comunidade; Especialista em Medicina Preventiva e Social.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Mestranda. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9048-0862>. E-mail:

[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Especialista em Políticas Públicas. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2076-6584>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Graduando em Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0052-6672>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Mestra. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5435-4320>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ Biomédica, Patologista Clínica. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Graduanda em Enfermagem. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9769-0251>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁸ Doutorado em Letras (UFMG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6820-9861>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁹ Mestre em Educação. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2537-6109>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁰ Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5590-028X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹¹ Enfermeira; Mestrado. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹² Enfermeiro; Mestre em Nutrição, Actividade Física e Esporte. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4807-0802>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹³ Especialista em Gestão Pública (Pós-graduação lato sensu). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4614-3192>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁴ Enfermeira; Especialista em Neurociência do Sono Infantil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8365-3368>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁵ Graduanda de Biomedicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8631-7695>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁶ Bacharel em Enfermagem; especialista em Saúde da Família. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁷ Pós-graduada em Gestão Estratégica na Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

