

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: INTERFACES COM A SAÚDE COLETIVA NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DO CUIDADO INTEGRAL NO TERRITÓRIO

**MULTIPROFESSIONAL PRACTICE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:
INTERFACES WITH COLLECTIVE HEALTH IN PROMOTING EQUITY AND
COMPREHENSIVE CARE IN THE TERRITORY**

Ciências da Saúde • 16/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792104942](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792104942)

Yunier Arró Martínez¹
Patricia Maria Brito da Silva²
Rosemeire Rodrigues³
Alavanny Batista Medeiros⁴
Mariane do Nascimento Rimes Pereira⁵
Larissa Rayane Cordeiro Alves⁶
Viviane Mackedanz⁷
Júlia Rodrigues de Camargo⁸
Luciana Maria Martinez Vaz⁹
Regeane Polakoski¹⁰
Walfrido Menezes¹¹
Rafaela Nascimento Ferro¹²
Dyohana Carvalho de Aquino¹³
Claudineia Firmino¹⁴
Leticia Akemi Sewo de Pinho¹⁵
Wemerson Passos¹⁶
Wilson Cleiton da Silveira¹⁷
Erick Alexandre Eloi Costa¹⁸

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o principal arranjo de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e depende de atuação multiprofissional capaz de integrar clínica, vigilância, promoção da saúde e respostas às necessidades sociais do território. Este estudo analisou as interfaces entre atuação multiprofissional, Saúde Coletiva, equidade e cuidado integral na ESF, identificando desafios organizacionais e estratégias para qualificar o trabalho em equipe. 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 outubro de 2026. O corpus reuniu 39 publicações científicas e 11 documentos institucionais. Os achados demonstraram que territorialização, colaboração interprofissional, eMulti, agentes comunitários de saúde, apoio matricial, coordenação em rede, participação social e articulação intersetorial ampliam a capacidade de resposta da ESF. Persistem, contudo, desafios relacionados à distribuição desigual de equipes, fragmentação do trabalho, sobrecarga, comunicação, integração das redes, barreiras socioculturais e exclusão digital. Conclui-se que a atuação multiprofissional fortalece a equidade e a integralidade quando se organiza por necessidades territoriais, corresponsabilização, longitudinalidade, participação comunitária e monitoramento de resultados.

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

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is the main organizational

arrangement of Primary Health Care in Brazil and depends on multiprofessional practice capable of integrating clinical care, surveillance, health promotion, and responses to the social needs of territories. This study analyzed the interfaces between multiprofessional practice, Collective Health, equity, and comprehensive care within the FHS, identifying organizational challenges and strategies to improve teamwork. 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 October 2026. The corpus comprised 39 scientific publications and 11 institutional documents. Findings showed that territorial assessment, interprofessional collaboration, multiprofessional teams, community health workers, matrix support, network coordination, social participation, and intersectoral action strengthen the response capacity of the FHS. Persistent challenges include unequal team distribution, fragmented work, workload, communication failures, weak network integration, sociocultural barriers, and digital exclusion. Multiprofessional practice strengthens equity and comprehensive care when organized around territorial needs, shared responsibility, longitudinality, community participation, and outcome monitoring.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Multiprofessional Team; Collective Health; Health Equity.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira ao organizar equipes responsáveis por populações definidas, atuação

territorial, vínculo longitudinal e coordenação do cuidado. A expansão da ESF entre 2009 e 2023 ampliou sua presença no país, embora a distribuição permaneça heterogênea entre estados e municípios, refletindo diferenças de capacidade institucional, financiamento e necessidades sanitárias (Barbosa *et al.*, 2025). Evidências em áreas metropolitanas associam a presença e o cadastramento na ESF a melhores indicadores de saúde, reforçando que cobertura, vínculo e disponibilidade local das equipes possuem relevância concreta para os resultados assistenciais (Ferreira-Batista *et al.*, 2022).

A complexidade das necessidades acompanhadas na APS torna insuficiente uma prática centrada em ações isoladas de uma única profissão. Condições crônicas, saúde mental, reabilitação, saúde materno-infantil, alimentação, envelhecimento, vulnerabilidades sociais e demandas de promoção e prevenção frequentemente coexistem no mesmo território. A colaboração interprofissional pode ampliar a capacidade de avaliação e intervenção quando profissionais compartilham objetivos, informações e decisões, com efeitos favoráveis sobre processos de cuidado e experiência dos usuários (Bouton *et al.*, 2023; Davidson *et al.*, 2022). Estratégias como reuniões clínicas, planos compartilhados, comunicação estruturada e definição clara de responsabilidades favorecem integração na atenção primária (Sirimsi *et al.*, 2022).

No Sistema Único de Saúde, as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) foram instituídas para atuar de forma complementar e integrada às demais equipes, com corresponsabilidade pela população e pelo território, articulação intersetorial e conexão com a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2023a). Esse desenho reforça que multiprofissionalidade não

corresponde apenas à presença de diferentes categorias, mas à construção de um processo de trabalho compartilhado. O desafio consiste em transformar saberes específicos em capacidade coletiva de resolver problemas, apoiar equipes de referência e evitar encaminhamentos fragmentados ou desnecessários.

A Saúde Coletiva oferece base conceitual para essa atuação ao compreender o processo saúde-doença como socialmente produzido e ao articular assistência, vigilância, promoção da saúde, prevenção, participação social e planejamento. No território, a equipe encontra desigualdades relacionadas a renda, escolaridade, raça e etnia, moradia, alimentação, trabalho, transporte, ambiente e acesso a tecnologias. Essas condições interferem na exposição a riscos, na procura por serviços e na possibilidade de seguir planos terapêuticos, exigindo respostas que ultrapassem a dimensão biomédica (World Health Organization, 2025; IBGE, 2024).

A promoção da equidade constitui um dos principais pontos de encontro entre ESF e Saúde Coletiva. Em sistemas universais, acesso formal não garante uso oportuno ou resultados equivalentes, pois grupos socialmente vulnerabilizados enfrentam barreiras diferenciadas de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e continuidade (Alemu *et al.*, 2024; Oliveira; Pereira, 2024). Iniquidades raciais e culturais também podem ser reproduzidas por práticas institucionais, invisibilização de necessidades e ausência de análise sistemática de disparidades (Bittencourt; Santana; Santos, 2023; Kapadia; Borrell, 2023).

O cuidado integral exige que a equipe articule necessidades clínicas, funcionais, psicossociais e sociais ao longo do tempo. A integralidade se fragiliza quando cada profissional opera como núcleo

independente, quando os encaminhamentos não são acompanhados ou quando a rede não compartilha responsabilidades. Intervenções de atenção primária dirigidas a grupos socioeconomicamente desfavorecidos demonstram a importância da acessibilidade, da relação terapêutica, da adaptação ao contexto e da coordenação entre serviços (Bernard *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, o trabalho multiprofissional precisa funcionar como dispositivo de continuidade e não como mera ampliação do número de consultas.

Agentes comunitários de saúde (ACS) possuem papel singular na articulação entre serviço e cotidiano das famílias. Revisões em países de baixa e média renda mostram que trabalhadores comunitários podem contribuir para equidade, especialmente quando dispõem de supervisão, integração aos serviços, condições adequadas de trabalho e participação das comunidades (Ahmed *et al.*, 2022). Na ESF, visitas domiciliares, busca ativa, educação em saúde e conhecimento das redes locais permitem reconhecer barreiras que frequentemente não aparecem no atendimento intramuros, ampliando a capacidade de planejamento territorial.

Apesar do potencial, a atuação multiprofissional enfrenta obstáculos como sobrecarga, escassez ou rotatividade de profissionais, agendas incompatíveis, comunicação insuficiente, ausência de tempo protegido para discussão de casos e fragilidades de integração com outros pontos da rede. Revisões sobre colaboração interprofissional mostram que resultados dependem de governança, confiança, clareza de papéis e mecanismos concretos de trabalho conjunto (Bouton *et al.*, 2023; Sirimsi *et al.*, 2022). A transformação digital pode apoiar comunicação e coordenação, mas também reproduzir desigualdades quando depende de conectividade e letramento

desigualmente distribuídos (Badr; Motulsky; Denis, 2024; Wilson *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, discutir a ESF a partir da interface entre atuação multiprofissional e Saúde Coletiva permite compreender como processos de trabalho podem responder simultaneamente às necessidades individuais e coletivas. A questão central não é apenas ampliar categorias profissionais, mas organizar competências em torno de problemas do território, vínculos e resultados compartilhados. Este estudo tem como objetivo analisar a atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família e suas interfaces com a Saúde Coletiva, discutindo desafios e estratégias para promoção da equidade e do cuidado integral no território.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Estratégia Saúde da Família, Território e Modelo de Atenção

A ESF organiza o cuidado a partir de território adscrito, população sob responsabilidade sanitária e vínculo continuado. Esses componentes permitem que necessidades sejam analisadas em relação às condições de vida e aos recursos disponíveis localmente, favorecendo planejamento que combina atenção individual e ações coletivas. A expansão recente da estratégia demonstra capilaridade nacional, mas também diferenças territoriais que exigem distribuição de equipes e recursos conforme necessidades, e não apenas parâmetros populacionais uniformes (Barbosa *et al.*, 2025).

A orientação territorial aproxima a APS de uma lógica de Saúde Coletiva ao permitir diagnóstico situacional, identificação de grupos com menor acesso e acompanhamento de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais. O território não é apenas

delimitação geográfica: inclui redes sociais, mobilidade, condições de trabalho, serviços públicos, conflitos e formas de organização comunitária. O monitoramento da equidade requer indicadores desagregados e capacidade de transformar dados em prioridades assistenciais e de gestão (Hoyer *et al.*, 2022; Lines *et al.*, 2023; World Health Organization, 2024).

2.2. Trabalho Multiprofissional e Colaboração Interprofissional

A colaboração interprofissional pressupõe interdependência entre profissões, comunicação e decisões compartilhadas. Revisão sistemática em atenção primária encontrou efeitos positivos possíveis sobre processos e alguns desfechos, porém destacou heterogeneidade das intervenções e necessidade de compreender os mecanismos que produzem benefício (Bouton *et al.*, 2023). A experiência dos pacientes em modelos colaborativos também evidencia valor da continuidade, acesso coordenado e percepção de cuidado integrado (Davidson *et al.*, 2022).

Intervenções que melhoram integração incluem espaços regulares de encontro, papéis explícitos, ferramentas de comunicação, protocolos construídos em conjunto e educação interprofissional (Sirimsi *et al.*, 2022). Na ESF, essas estratégias precisam ser compatíveis com a rotina de atendimento e com a longitudinalidade. Encaminhar internamente um usuário para outro profissional não caracteriza, por si só, cuidado compartilhado; é necessário que objetivos e responsabilidades permaneçam conectados ao plano terapêutico e à equipe de referência.

2.3. Saúde Coletiva, Determinantes Sociais e Equidade no Território

A Saúde Coletiva amplia a leitura da demanda ao relacionar problemas individuais a padrões populacionais e determinantes sociais. Desigualdades de renda, escolaridade, raça, moradia, alimentação, trabalho e mobilidade produzem diferentes possibilidades de exposição, proteção e uso dos serviços (IBGE, 2024; World Health Organization, 2025). A ESF pode reconhecer essas diferenças porque acompanha famílias ao longo do tempo e dispõe de informações clínicas e territoriais que, quando analisadas de forma ética e sistemática, orientam prioridades.

Promover equidade significa ofertar respostas proporcionais às necessidades e remover barreiras evitáveis. Necessidades não atendidas em atenção primária apresentam gradientes sociais mesmo em sistemas amplos de cobertura (Alemu *et al.*, 2024). Na América Latina, desigualdades se expressam em diferentes dimensões do acesso e da experiência assistencial (Oliveira; Pereira, 2024). Por isso, estratificação de vulnerabilidades, busca ativa, agendas flexíveis, ações extramuros e monitoramento por subgrupos devem fazer parte do trabalho territorial.

2.4. Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado

Integralidade relaciona-se à capacidade de reconhecer diferentes dimensões da necessidade e conectá-las a respostas oportunas. Longitudinalidade permite acompanhar mudanças, revisar prioridades e construir confiança, enquanto coordenação reduz perdas na transição entre serviços. Evidências brasileiras associam a ESF a benefícios em saúde e apontam relevância tanto do cadastramento familiar quanto da oferta local de equipes (Ferreira-Batista *et al.*, 2022).

A integralidade depende também de redes que funcionem. Pessoas com condições crônicas ou múltiplas vulnerabilidades frequentemente circulam entre APS, atenção especializada, urgência, reabilitação e serviços sociais. O papel da equipe de referência é manter visão global do percurso, registrar decisões, acompanhar encaminhamentos e revisar o plano com o usuário. Em grupos socioeconomicamente desfavorecidos, acessibilidade e adaptação ao contexto são condições para que intervenções sejam efetivamente utilizadas (Bernard *et al.*, 2023).

2.5. Emulti, Apoio Matricial e Compartilhamento do Cuidado

A Portaria GM/MS nº 635/2023 instituiu as eMulti como equipes de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à APS, de forma corresponsável pela população e pelo território e articuladas à Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2023a). Esse arranjo cria oportunidade para ampliar resolutividade sem romper o vínculo com a equipe de referência, especialmente em necessidades que exigem nutrição, psicologia, fisioterapia, assistência farmacêutica, serviço social e outros núcleos profissionais.

O apoio matricial e o compartilhamento do cuidado podem ocorrer por discussão de casos, atendimento conjunto, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, ações coletivas e suporte à tomada de decisão. A efetividade depende de critérios de priorização, agenda compartilhada e retorno estruturado. Quando o especialista atua de forma paralela e sem comunicação, aumenta-se a fragmentação; quando conhecimentos são integrados, a equipe amplia capacidade de manejo e reduz encaminhamentos que apenas transferem responsabilidade.

2.6. Agentes Comunitários, Vínculo e Participação Social

Os ACS conectam conhecimento técnico e experiência cotidiana do território. Revisão sistemática mostra potencial desses trabalhadores para promover equidade quando programas garantem integração aos serviços, supervisão e condições de trabalho adequadas (Ahmed *et al.*, 2022). Na ESF, sua atuação pode identificar abandono, barreiras de transporte, dificuldades de compreensão, insegurança alimentar, isolamento social e mudanças familiares que alteram o risco de saúde.

Participação social complementa essa leitura ao incorporar prioridades e percepções dos próprios usuários. Conselhos locais, grupos comunitários, ações educativas e diálogo com lideranças podem revelar barreiras não captadas por indicadores agregados. A equidade depende de escuta ativa e de capacidade de revisar agendas e estratégias a partir do que o território informa, evitando que planejamento seja exclusivamente definido de forma vertical.

2.7. Promoção da Saúde, Prevenção e Vigilância em Saúde

Promoção da saúde e prevenção tornam-se mais efetivas quando vinculadas às condições reais de vida. Ações de vacinação, alimentação saudável, atividade física, saúde sexual, prevenção de violências e controle de doenças crônicas precisam considerar trabalho, renda, cultura, escolaridade, segurança e possibilidades concretas de adesão. Amri *et al.* (2023) destacam que promoção da saúde e determinantes sociais devem permanecer articulados a uma perspectiva de equidade, evitando responsabilização individual por riscos produzidos socialmente.

A vigilância em saúde amplia essa abordagem ao identificar eventos, riscos e padrões populacionais. Na ESF, informações de atendimento, visitas domiciliares, registros territoriais e notificações podem orientar busca ativa e intervenções coletivas. A integração entre vigilância e assistência é especialmente relevante em situações de surtos, eventos climáticos, violências e agravos relacionados às condições de vida, permitindo que a equipe combine resposta imediata e planejamento preventivo.

2.8. Intersetorialidade e Resposta às Necessidades Sociais

Muitas necessidades identificadas pela ESF excedem a governabilidade direta do setor saúde. Insegurança alimentar, moradia inadequada, desemprego, violência, abandono escolar e barreiras de transporte exigem articulação com assistência social, educação, habitação, trabalho e outros setores. A Organização Mundial da Saúde recomenda mecanismos estáveis de colaboração intersetorial e responsabilização para que abordagens de Saúde em Todas as Políticas sejam sustentáveis (World Health Organization, 2023).

O rastreamento de necessidades sociais somente agrega valor quando está associado a fluxos de resposta. Revisões mostram heterogeneidade de instrumentos e lacunas entre identificação, encaminhamento e resolução (Karran *et al.*, 2023; Pourat *et al.*, 2023; Painter *et al.*, 2024). A equipe deve selecionar informações relevantes, registrar com segurança, pactuar encaminhamentos e acompanhar resultados. Quando uma necessidade se repete em muitas famílias, o dado deve alimentar planejamento coletivo e negociação intersetorial.

2.9. Saúde Digital, Comunicação e Inclusão no Território

Ferramentas digitais podem apoiar comunicação entre profissionais, teleatendimento, monitoramento e acesso a informações, mas também introduzir novas barreiras. Revisões demonstram que conectividade, disponibilidade de dispositivos, acessibilidade, letramento e confiança condicionam quem se beneficia da digitalização (Badr; Motulsky; Denis, 2024; Shaw *et al.*, 2024). Na ESF, canais digitais devem complementar, e não substituir, portas de entrada presenciais e ações territoriais.

A equidade digital exige desenho inclusivo. Recomendações incluem linguagem simples, acessibilidade, suporte ao uso, participação de usuários no desenvolvimento, alternativas não digitais e monitoramento de quem fica de fora (Wilson *et al.*, 2024). Para equipes multiprofissionais, tecnologias também podem facilitar comunicação e compartilhamento de informações, desde que respeitem privacidade, segurança e responsabilidades definidas.

2.10. Governança, Financiamento e Avaliação da Equidade na Aps

Governança da APS envolve financiamento, dimensionamento da força de trabalho, informação, educação permanente e mecanismos de avaliação. A Portaria GM/MS nº 3.493/2024 instituiu nova metodologia de cofinanciamento do Piso da APS com objetivo de fortalecer e valorizar a ESF (Brasil, 2024). A sustentabilidade do trabalho multiprofissional depende de recursos compatíveis com o perfil territorial, estabilidade das equipes e tempo protegido para ações que não se resumem à produção de consultas.

Avaliação orientada à equidade precisa observar cobertura, acesso oportuno, continuidade, experiência do usuário, resultados clínicos e

distribuição dos benefícios entre grupos. Indicadores médios podem esconder populações que permanecem desassistidas. Marcos internacionais recomendam monitorar determinantes e desigualdades e relacionar os achados às decisões de gestão (World Health Organization, 2024). Assim, desempenho da ESF deve ser interpretado em conjunto com necessidades territoriais e capacidade de coordenação da rede.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, desenvolvida para sintetizar evidências recentes sobre atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, colaboração interprofissional, Saúde Coletiva, equidade e cuidado integral. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a inclusão de estudos com diferentes delineamentos, revisões, análises de políticas e documentos institucionais, mantendo a distinção entre achados empíricos e recomendações normativas. A unidade de análise foi constituída por publicações que descrevessem efeitos, desafios, processos de trabalho ou estratégias relacionadas à APS e ao território.

A busca foi realizada entre 1º e 7 de outubro 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 do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Essa combinação permitiu integrar evidências científicas a marcos

normativos e informações relevantes para a organização da ESF no Sistema Único de Saúde.

Foram empregados descritores e termos livres em português, inglês e espanhol: “Family Health Strategy”/“Estratégia Saúde da Família”, “Primary Health Care”/“Atenção Primária à Saúde”, “Patient Care Team”/“Equipe Multiprofissional”, “Interprofessional Relations”, “Interprofessional Collaboration”, “Comprehensive Health Care”/“Integralidade em Saúde”, “Health Equity”/“Equidade em Saúde”, “Social Determinants of Health”, “Community Health Workers”/“Agentes Comunitários de Saúde”, “Health Promotion”, “Collective Health”/“Saúde Coletiva” e “Intersectoral Collaboration”. Os termos foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR, com adaptações às interfaces das bases.

A estratégia-base foi estruturada em blocos: (“Family Health Strategy” OR “Primary Health Care”) AND (“Interprofessional Collaboration” OR “Patient Care Team” OR multiprofessional) AND (“Health Equity” OR “Comprehensive Health Care” OR “Social Determinants of Health” OR territory). Para o contexto brasileiro, foram acrescentados “Estratégia Saúde da Família”, eMulti, “Saúde Coletiva”, “apoio matricial”, “agente comunitário de saúde”, territorialização e “Sistema Único de Saúde”. Os resultados foram organizados em planilha contendo autoria, ano, desenho, cenário, população, dimensão multiprofissional, desafios, estratégias e implicações para equidade e integralidade.

Foram incluídas publicações de janeiro de 2022 a 7 de outubro de 2026, em português, inglês ou espanhol, com texto completo acessível ou registro bibliográfico verificável e relação direta com APS, ESF, trabalho multiprofissional, equidade, determinantes

sociais, integralidade, agentes comunitários, intersetorialidade ou saúde digital. Também foram incluídos documentos oficiais recentes essenciais para compreender eMulti, cofinanciamento da APS, políticas de equidade e monitoramento dos determinantes sociais. Priorizou-se literatura revisada por pares e fontes institucionais oficiais.

Foram excluídas duplicatas; publicações anteriores a 2022; textos sem relação com atenção primária ou organização territorial do cuidado; materiais opinativos sem contribuição conceitual verificável; estudos exclusivamente hospitalares sem interface com coordenação pela APS; e fontes sem informações suficientes para confirmação bibliográfica. A seleção ocorreu por leitura de títulos e resumos, seguida de avaliação do texto completo ou de registro bibliográfico detalhado. Em situações de sobreposição temática, foram priorizados estudos com maior abrangência metodológica ou aplicabilidade à ESF.

A análise ocorreu em três etapas. Inicialmente, as publicações foram caracterizadas por tema e tipo de contribuição. Em seguida, os achados foram codificados em eixos: organização territorial da ESF; colaboração interprofissional e eMulti; determinantes sociais e equidade; integralidade e coordenação em rede; ACS e participação social; promoção e vigilância; intersetorialidade; saúde digital; e governança. Por fim, realizou-se síntese interpretativa relacionando evidências e implicações para o trabalho no SUS. O corpus final reuniu 50 fontes, sendo 39 publicações científicas e 11 documentos institucionais. Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, sem participantes ou dados individualizados, não se aplica submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, destacam-se heterogeneidade dos estudos, diferenças

entre sistemas de saúde e menor número de avaliações de implementação em larga escala no contexto brasileiro.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa

IDENTIFICAÇÃO: MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS/BVS e fontes oficiais (Ministério da Saúde, IBGE, OPAS e OMS)
↓
RECORTE TEMPORAL: janeiro de 2022 a 7 de outubro de 2026
↓
TRIAGEM: títulos, resumos e aderência aos eixos ESF - multiprofissionalidade - Saúde Coletiva - equidade - integralidade
↓
ELEGIBILIDADE: leitura integral ou conferência bibliográfica; exclusão de duplicatas e materiais sem interface com APS/território
↓
INCLUSÃO: 39 publicações científicas + 11 documentos institucionais = 50 fontes
↓
SÍNTESE TEMÁTICA: território; colaboração interprofissional; eMulti; equidade; integralidade; ACS; intersetorialidade; saúde digital; governança

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 Sobre ESF e Atuação Multiprofissional

A síntese das 50 fontes evidenciou convergência em torno da ESF como espaço privilegiado para integrar atenção clínica, ações coletivas e coordenação das redes. Estudos brasileiros mostram que expansão e disponibilidade de equipes se relacionam a melhores resultados, ao mesmo tempo em que persistem desigualdades geográficas na cobertura e na capacidade instalada (Ferreira-Batista *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2025). A literatura sobre colaboração interprofissional indica que equipes integradas podem ampliar resolutividade, mas o benefício depende de mecanismos concretos de comunicação, corresponsabilização e continuidade (Bouton *et al.*, 2023; Sirimsi *et al.*, 2022).

Os achados permitiram organizar a atuação multiprofissional em cinco funções complementares: ampliar capacidade clínica e funcional; responder a determinantes e necessidades sociais; sustentar longitudinalidade e coordenação; desenvolver promoção, prevenção e vigilância; e produzir articulação comunitária e intersetorial. Essas funções se sobrepõem. Um atendimento nutricional, por exemplo, pode exigir avaliação de insegurança

alimentar, articulação social e acompanhamento pela equipe de referência; uma intervenção de saúde mental pode depender de vínculo, contexto familiar e coordenação com a rede.

Quadro 1. Síntese dos principais desafios e estratégias para atuação multiprofissional na ESF

Eixo	Desafio evidenciado	Estratégias multiprofissionais e territoriais
Território e acesso	Cobertura e disponibilidade não eliminam barreiras geográficas, sociais e culturais.	Territorialização; busca ativa; agendas flexíveis; ações extramuros; priorização segundo vulnerabilidade.
Colaboração e eMulti	Fragmentação, encaminhamentos paralelos e comunicação insuficiente reduzem resolutividade.	Apoio matricial; planos compartilhados; reuniões de equipe; atendimento conjunto; papéis e retornos definidos.
Equidade e determinantes sociais	Renda, raça, moradia, trabalho, alimentação e mobilidade interferem em risco e adesão.	Identificação de necessidades; cuidado culturalmente sensível; indicadores desagregados; adaptação dos planos.
Integralidade e rede	Transições sem coordenação, contrarreferência insuficiente e perda de continuidade.	Equipe de referência; acompanhamento de encaminhamentos; linhas de cuidado; comunicação com a RAS.
Participação e intersetorialidade	Necessidades coletivas excedem a governabilidade do setor saúde.	ACS; participação social; articulação com assistência, educação e outros setores; avaliação comunitária.

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

4.2. Território, Acesso e Equidade na Estratégia Saúde da Família

O território apareceu como condição organizadora da equidade. A cobertura nominal da APS não elimina barreiras relacionadas a distância, transporte, horários, renda, discriminação ou limitações de mobilidade. Revisões sobre necessidades não atendidas e acesso na América Latina demonstram que obstáculos sociais continuam interferindo na utilização mesmo em sistemas de ampla cobertura (Alemu *et al.*, 2024; Oliveira; Pereira, 2024). A ESF tem vantagem potencial por conhecer famílias e recursos locais, mas esse conhecimento precisa ser transformado em agendas, busca ativa e prioridades diferenciadas.

As desigualdades territoriais brasileiras reforçam necessidade de planejamento distributivo. Barbosa et al. (2025) mostram variações na presença da ESF, enquanto Passarelli-Araujo e Souza (2023) identificam diferenças entre contextos urbanos e rurais. Uma atuação multiprofissional orientada à equidade pode concentrar ações extramuros, visitas e acompanhamento intensivo em grupos com maior dificuldade de acesso, sem abandonar a universalidade. O critério deve ser necessidade e risco social, acompanhado por indicadores transparentes.

Equidade também exige reconhecer raça, cultura, gênero, idade, deficiência e outras dimensões de desigualdade. A literatura sobre racismo estrutural mostra que disparidades não se explicam apenas por escolhas individuais (Kapadia; Borrell, 2023; Egede; Walker; Williams, 2024). Na APS brasileira, invisibilização de desigualdades

raciais pode reproduzir barreiras (Bittencourt; Santana; Santos, 2023). A equipe multiprofissional precisa qualificar registros, revisar práticas e construir cuidado culturalmente sensível (Müller; Lima; Ortega, 2023).

4.3. Colaboração Interprofissional, Emulti e Apoio Matricial

A colaboração interprofissional mostrou-se mais consistente quando baseada em objetivos comuns e interação regular. Bouton et al. (2023) identificaram efeitos possíveis sobre saúde e processos de cuidado, enquanto Sirimsi et al. (2022) destacaram intervenções de integração e comunicação. Na prática da ESF, isso significa reservar espaços para discussão, pactuar critérios de atendimento conjunto e assegurar que o conhecimento de cada núcleo profissional retorne à equipe de referência.

A eMulti oferece suporte normativo para esse arranjo ao atuar de forma complementar e corresponsável no território (Brasil, 2023a). Seu potencial inclui apoio clínico, reabilitação, saúde mental, nutrição, assistência farmacêutica, ações coletivas e educação permanente. Entretanto, se organizada apenas como fila de especialistas, pode reproduzir fragmentação. O apoio matricial precisa combinar cuidado direto e ampliação da capacidade das equipes, com comunicação e acompanhamento.

A clareza de papéis é central para evitar duplicidade e lacunas. Planos compartilhados devem indicar problema prioritário, responsáveis, frequência de acompanhamento, sinais de alerta e critérios de reavaliação. Davidson et al. (2022) mostram que a experiência do paciente em práticas colaborativas depende de continuidade e integração percebida. Assim, uma boa organização

multiprofissional não se mede apenas pelo número de profissionais envolvidos, mas pela coerência do percurso assistencial.

4.4. Saúde Coletiva e Determinantes Sociais na Organização do Cuidado

A interface com a Saúde Coletiva aparece quando a equipe interpreta demandas clínicas em relação aos padrões do território. Renda, trabalho, moradia, alimentação e mobilidade interferem em risco e adesão, enquanto racismo e outras formas de discriminação podem alterar acesso e experiência de cuidado (World Health Organization, 2025; IBGE, 2024). Identificar essas dimensões ajuda a evitar planos inviáveis e orienta ações coletivas.

O rastreamento de necessidades sociais pode apoiar priorização, mas a literatura alerta para o risco de coletar informações sem capacidade de resposta (Karran *et al.*, 2023; Painter *et al.*, 2024). Na ESF, perguntas sobre insegurança alimentar, transporte, violência, moradia ou apoio social devem ter finalidade clara e fluxos definidos. Problemas recorrentes em muitas famílias precisam gerar informação para planejamento, e não permanecer como anotações isoladas em prontuários.

A equidade requer também ação sobre padrões estruturais. Heller *et al.* (2024) destacam a importância de manter análise política dos determinantes, e a OMS propõe monitoramento que conecte desigualdades a decisões públicas (World Health Organization, 2024). A equipe de território não resolve sozinha pobreza ou déficit habitacional, mas pode documentar padrões, adaptar o cuidado, articular políticas e participar de espaços de gestão e controle social.

4.5. Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação em Rede

Longitudinalidade permite acompanhar usuários ao longo de ciclos de vida e episódios de adoecimento, enquanto coordenação conecta diferentes pontos da rede. Esses atributos ganham importância em condições crônicas, multimorbidade, saúde mental e reabilitação. A ESF pode funcionar como referência estável mesmo quando o usuário necessita de atenção especializada, evitando que cada serviço trate apenas uma parte do problema.

O trabalho multiprofissional qualifica a integralidade ao reunir avaliações complementares. Intervenções para grupos socioeconomicamente desfavorecidos mostram que acesso e relação terapêutica condicionam resultados (Bernard *et al.*, 2023). Portanto, recomendações precisam ser compatíveis com recursos, preferências e cotidiano. A integralidade não é oferecer todos os serviços a todos, mas combinar respostas necessárias e coordenadas em torno de prioridades pactuadas.

A coordenação exige informação compartilhada e mecanismos de retorno. Encaminhamentos sem contrarreferência transferem responsabilidade e podem prolongar filas. Reuniões com serviços de referência, teleconsultoria, protocolos de transição e planos terapêuticos podem reduzir esse problema. A atuação da eMulti deve reforçar, e não competir com, a coordenação da equipe de Saúde da Família.

4.6. Agentes Comunitários, Vínculo e Participação Social

Os ACS foram identificados como recurso estratégico para vínculo, busca ativa e interpretação das condições de vida. Ahmed *et al.* (2022) demonstram que programas de trabalhadores comunitários podem contribuir para equidade, embora resultados dependam de

desenho e condições de implementação. Na ESF, a proximidade territorial permite perceber mudanças familiares, interrupções de tratamento e barreiras de acesso antes que se transformem em agravamentos.

O vínculo comunitário também melhora comunicação de riscos e adesão às ações preventivas. Educação em saúde deve ser dialógica, conectada às dúvidas e saberes locais. Diferentes profissionais podem participar de grupos, visitas e atividades comunitárias, evitando que educação seja responsabilidade exclusiva de uma categoria. Quando informações são construídas com usuários, aumentam a pertinência e a possibilidade de incorporação no cotidiano.

A participação social fornece uma dimensão coletiva à avaliação do cuidado. Conselhos e grupos de usuários podem identificar problemas de horário, acolhimento, acessibilidade e comunicação que não aparecem em indicadores de produção. A OPAS (2024) destaca persistência de desigualdades entre grupos nas Américas, reforçando a necessidade de participação de populações afetadas na definição de respostas.

4.7. Promoção da Saúde, Prevenção e Vigilância no Território

A promoção da saúde deve integrar ações clínicas e territoriais. A equipe pode combinar acompanhamento de fatores de risco com intervenções sobre ambientes, alimentação, violência, atividade física e saúde mental. Amri et al. (2023) alertam que discursos de promoção podem perder sua potência quando desconsideram determinantes sociais. Na ESF, orientar escolhas individuais precisa

ser acompanhado de reconhecimento das condições que tornam determinadas escolhas possíveis ou impossíveis.

A vigilância em saúde amplia a capacidade de detectar padrões e antecipar respostas. Informações de notificações, visitas, prontuários e ações comunitárias podem indicar aumento de agravos, áreas com menor cobertura vacinal ou populações afetadas por eventos ambientais. A multiprofissionalidade favorece interpretação ampla desses sinais, articulando dimensões clínicas, ambientais e sociais.

4.8. Intersetorialidade e Resposta às Necessidades Sociais

A intersetorialidade foi recorrente como requisito para responder a necessidades que não se resolvem apenas com ações de saúde. A OMS (2023) recomenda estruturas sustentáveis de colaboração entre setores. Na prática municipal, a ESF pode estabelecer fluxos com assistência social, escolas, segurança alimentar, proteção de crianças e idosos, serviços de trabalho e equipamentos comunitários, respeitando atribuições e sigilo.

Rastrear necessidades sem retorno gera frustração e sobrecarga. Estudos mostram desafios no seguimento após identificação de necessidades sociais (Pourat *et al.*, 2023; Bretsch; Wallace; McCoy, 2024). Uma estratégia operacional é mapear recursos disponíveis, definir pontos de contato, registrar encaminhamento e verificar desfecho. A equipe multiprofissional pode distribuir tarefas de acordo com competências, sem perder a corresponsabilidade.

A repetição de uma mesma necessidade em muitas famílias deve produzir resposta coletiva. Dados sobre insegurança alimentar, transporte ou violência podem subsidiar planejamento local, reuniões intersetoriais e decisões de gestão. Essa passagem do caso

individual para o padrão populacional é uma das principais interfaces entre ESF e Saúde Coletiva.

4.9. Desafios Organizacionais, Digitais e de Equidade

Os desafios organizacionais incluem sobrecarga, rotatividade, agendas fragmentadas e falta de tempo protegido para trabalho colaborativo. Sem governança, a ampliação de profissionais pode gerar aumento de encaminhamentos internos sem melhoria de coordenação. A sustentabilidade exige dimensionamento adequado, educação permanente, liderança e acompanhamento de indicadores.

A transformação digital pode facilitar comunicação e cuidado remoto, mas não é neutra. Badr, Motulsky e Denis (2024) e Shaw et al. (2024) demonstram que tecnologias podem reproduzir desigualdades. Na ESF, teleatendimento e mensagens devem considerar acesso a dispositivos, conectividade, deficiência e letramento, além de preservar alternativas presenciais.

Wilson et al. (2024) recomendam suporte, infraestrutura e coprodução para avançar equidade digital. Ferramentas de comunicação entre profissionais também devem preservar segurança e rastreabilidade. O benefício tecnológico deve ser avaliado por sua contribuição à continuidade e ao acesso, e não apenas pela quantidade de interações digitais.

4.10. Prioridades para o Fortalecimento da Atuação Multiprofissional na Esf

A primeira prioridade é organizar o trabalho multiprofissional por necessidades do território. Cadastro, diagnóstico local, indicadores e

conhecimento dos ACS devem orientar onde concentrar ações. Cobertura de equipe é condição necessária, mas diferenças regionais mostram que expansão deve ser acompanhada de planejamento distributivo e capacidade assistencial (Barbosa *et al.*, 2025).

A segunda prioridade é institucionalizar colaboração. Reuniões de equipe, discussões de casos, projetos terapêuticos e atendimento compartilhado precisam fazer parte da agenda, e não depender apenas da disponibilidade eventual. Evidências de colaboração interprofissional ressaltam comunicação, clareza de papéis e objetivos compartilhados (Bouton *et al.*, 2023; Sirimsi *et al.*, 2022).

A terceira prioridade é integrar eMulti e equipe de Saúde da Família em lógica de corresponsabilidade. A Portaria GM/MS nº 635/2023 fornece base para atuação complementar e articulada à rede (Brasil, 2023a). O planejamento deve definir critérios de acesso, modalidades de apoio e mecanismos de retorno, garantindo que o usuário permaneça vinculado à equipe de referência.

A quarta prioridade é incorporar equidade e determinantes sociais às decisões. Indicadores devem ser desagregados, e grupos com menor acesso precisam ser identificados. Políticas antirracistas e estratégias de equidade podem orientar revisão de práticas institucionais (Brasil, 2023b; Brasil, 2025). Hoyer *et al.* (2022) lembram que medir equidade exige definições e comparações explícitas.

A quinta prioridade é reforçar longitudinalidade, coordenação e participação comunitária. ACS, usuários e lideranças precisam contribuir para diagnóstico e avaliação. O cuidado integral deve acompanhar encaminhamentos e revisar planos conforme

mudanças clínicas e sociais. A experiência do usuário é indicador essencial de integração.

A sexta prioridade é consolidar intersectorialidade e inclusão digital. Necessidades sociais recorrentes exigem fluxos estáveis com outras políticas, enquanto tecnologias devem reduzir, e não ampliar, barreiras. Recomendações internacionais indicam governança e monitoramento como condições para colaboração intersectorial e equidade digital (World Health Organization, 2023; Wilson *et al.*, 2024).

Por fim, o fortalecimento da ESF exige financiamento, estabilidade da força de trabalho e avaliação contínua. A nova metodologia de cofinanciamento federal busca valorizar a estratégia (Brasil, 2024), mas resultados dependem da capacidade local de converter recursos em equipes estáveis, acesso, qualidade e integração. Avaliar apenas volume de procedimentos é insuficiente; é necessário acompanhar continuidade, resolutividade, equidade e impacto no território.

A sétima prioridade é garantir condições de trabalho compatíveis com a proposta multiprofissional. A colaboração exige tempo para reuniões, discussão de casos, educação permanente e ações comunitárias, atividades que podem ser invisibilizadas quando a gestão se concentra apenas em produtividade individual. A rotatividade enfraquece vínculo e memória territorial, enquanto equipes estáveis acumulam conhecimento sobre famílias, recursos comunitários e fluxos locais. A formação deve contemplar comunicação, negociação de papéis, análise de determinantes sociais e uso de dados para planejamento. Wise, Caiola e Njie-Carr (2023) ressaltam que a enfermagem e outras profissões precisam

incorporar a equidade às práticas, e Wagner et al. (2023) mostram que registros padronizados podem tornar necessidades sociais mais visíveis quando integrados ao processo de cuidado.

A oitava prioridade é utilizar indicadores que expressem integralidade e equidade. Produção de consultas e procedimentos informa volume, mas não demonstra se usuários conseguiram acesso oportuno, se mantiveram seguimento ou se grupos historicamente desfavorecidos obtiveram benefício comparável. Medidas de qualidade de vida e indicadores sociais podem revelar diferenças ocultas por médias gerais (Tura *et al.*, 2024). O acompanhamento deve combinar cobertura, tempo de espera, continuidade, encaminhamentos concluídos, visitas, experiência do usuário e resultados por território e grupo populacional. Essa leitura permite identificar onde o cuidado multiprofissional produz valor e onde precisa ser reorganizado.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise demonstra que a atuação multiprofissional amplia a capacidade da Estratégia Saúde da Família de responder a necessidades clínicas, funcionais, psicossociais e sociais que se apresentam de forma combinada no território. A contribuição não decorre apenas da diversidade de profissões, mas da integração entre saberes, da corresponsabilidade e da organização do cuidado em torno das necessidades de pessoas, famílias e comunidades.

As interfaces com a Saúde Coletiva se expressam na territorialização, na leitura dos determinantes sociais, na vigilância, na promoção da saúde, na participação social e na busca por equidade. A ESF ocupa posição estratégica porque reúne vínculo e longitudinalidade,

permitindo reconhecer barreiras e adaptar o cuidado às condições reais de vida. Agentes comunitários fortalecem essa aproximação ao conectar serviço e cotidiano.

A integralidade se fortalece quando equipe de Saúde da Família, eMulti e demais pontos da rede compartilham objetivos e acompanham o percurso assistencial. Reuniões, apoio matricial, planos terapêuticos compartilhados, comunicação estruturada e critérios claros de referência e retorno reduzem fragmentação. A intersetorialidade é indispensável para necessidades relacionadas a alimentação, moradia, proteção social, educação, trabalho e violência.

Persistem desafios de distribuição desigual de equipes, sobrecarga, rotatividade, comunicação insuficiente, tempo limitado para trabalho conjunto, barreiras culturais e desigualdades digitais. Enfrentá-los exige financiamento adequado, educação permanente, governança do processo de trabalho, indicadores desagregados e participação dos usuários. Tecnologias devem apoiar acesso e coordenação sem substituir estratégias presenciais e territoriais.

Conclui-se que a atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família pode promover equidade e cuidado integral quando se organiza por necessidades territoriais, colaboração interprofissional, corresponsabilidade, longitudinalidade e articulação em rede. O fortalecimento desse modelo requer que a multiprofissionalidade seja tratada como forma de organizar o cuidado, e não apenas como composição de categorias, mantendo a Saúde Coletiva como referência para conectar assistência individual, ações populacionais e transformação das condições que produzem iniquidades.

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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 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: 8 set. 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 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: 8 set. 2026.

¹ Médico especialista em Medicina de Família e Comunidade; Médico especialista em Medicina Preventiva e Social; Mestrando em Saúde da Família; Supervisor Acadêmico do Programa Mais Médicos. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia / Universidade Federal do Oeste da Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Especialista. Universidade Católica de Santos. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9048-0862>.

³ Enfermeira especialista em Saúde Pública e da Família. Faculdade São Marcos - FACSM. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Lattes: 5572615771582296.

⁴ Biomédica Patologista Clínica. UNIFAVIP - WYDEN. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Estudante de Biomedicina. Universidade Estácio de Sá (UNESA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6504-4426>.

⁶ Farmácia. Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru - PE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Pós-graduação em Gestão Hospitalar. UCPel. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009->

⁸ Acadêmica de Medicina, 12º período. UniFOA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6138-9191>.

⁹ Mestre. Formação: Universidade Federal da Paraíba. Instituição vinculada: Docente do Centro Educacional Três Marias. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5453-4997>.

¹⁰ Pós-graduação. Unicentro, Irati - PR. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2143-1419>.

¹¹ Doutor. UNINASSAU - Boa Viagem. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0867-6836>

¹² Médica. Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0536-855X>.

¹³ Coautora. Odontologia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9711-6630>.

¹⁴ Cursando mestrado. UCDB. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁵ Médica. Formada na Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID informado:

¹⁶ Mestre em Saúde Coletiva. UFG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0332-7845>.

¹⁷ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁸ Mestre. UFPE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2044-482X>.