

Artigo científico

Educação em Saúde e Equidade Social: interfaces da prática multiprofissional no fortalecimento do protagonismo comunitário

Health Education and Social Equity: Interfaces of Multiprofessional Practice in Strengthening Community Empowerment
Educación en Salud y Equidad Social: Interfaces de la Práctica Multiprofesional en el Fortalecimiento del Protagonismo Comunitario

Allycherlanhy Ingrid da Silva Ledo¹, Jesley Yuri Gomes Ferreira², Hionara Nascimento Barboza³, Marta Maria de Oliveira Aragão Martins⁴, Janiele Maria da Silveira Fontenele⁵, Jailan Carlos Lima da Silva⁶, Lindiana da Silva⁷ e Cassio Lyra Alves⁸

¹Graduada em Enfermagem pela Estácio, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. ORCID: 0009-0008-8200-2929. E-mail: allycherlanhy@outlook.com.

²Graduado em Fisioterapia pela Estácio Faculdade de Medicina, Juazeiro do Norte, Ceará. ORCID: 0009-0007-0987-1696. E-mail: yurigomesjy@gmail.com.

³Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba. ORCID: 0000-0003-2539-618X. E-mail: hnascimentobarboza@gmail.com.

⁴Graduada em Enfermagem pela Estácio, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. ORCID: 0009-0001-3836-6118. E-mail: martsouza818@gmail.com.

⁵Graduada em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. ORCID: 0009-0002-7382-2665. E-mail: janiellyfontenelly@hotmail.com.

⁶Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, Ceará. ORCID: 0009-0001-0746-0582. E-mail: silvadalimacarlosjailan@gmail.com.

⁷Graduada em Enfermagem pelo Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, Ceará. ORCID: 0009-0006-2565-1792. E-mail: Lindiana-silva@hotmail.com.

⁸Mestrando em Relações Étnico-raciais pelo Centro Federal de Educação Tecnológica, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. ORCID: 0009-0004-4236-8003. E-mail: cassio_lyra@hotmail.com.

RESUMO — Este artigo tem como objetivo analisar as interfaces entre a Educação em Saúde e a equidade social, com foco na atuação multiprofissional como estratégia para o fortalecimento do protagonismo comunitário e a construção de saberes emancipatórios. A partir de uma revisão integrativa da literatura, foram incluídos 13 estudos originais publicados entre 2020 e 2024, localizados em bases como SciELO, LILACS, PubMed e Scopus. Os artigos selecionados, majoritariamente qualitativos, evidenciam que a Educação em Saúde, quando fundamentada em princípios dialógicos e participativos, ultrapassa a lógica tradicional da transmissão de informações e se consolida como prática crítica voltada à promoção da equidade. A atuação multiprofissional mostrou-se indispensável nesse processo, pois favorece a articulação de saberes técnicos e populares, amplia o acesso à informação, fortalece os vínculos entre serviços e usuários, e potencializa o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Observou-se que práticas educativas integradas às realidades territoriais, especialmente em comunidades quilombolas, indígenas e periféricas, são mais eficazes na promoção de autonomia e mobilização social. Os resultados demonstram que a Educação em Saúde, quando aliada a ações intersetoriais e conduzida por equipes comprometidas com a escuta e o diálogo, contribui para a humanização do cuidado, o empoderamento dos sujeitos e a democratização das políticas públicas.

Palavras-chave: Educação em saúde; Princípios dialógicos e participativos; Determinantes sociais; Participação social.

ABSTRACT — This article aims to analyze the interfaces between Health Education and social equity, focusing on multiprofessional action as a strategy to strengthen community leadership and the construction of emancipatory knowledge. Based on an integrative literature review, 13 original studies published between 2020 and 2024 were included, retrieved from databases such as SciELO, LILACS, PubMed, and Scopus. The selected articles, mostly qualitative, show that Health Education, when grounded in dialogical and participatory principles, transcends the traditional logic of information transmission and is consolidated as a critical practice aimed at promoting equity. Multiprofessional collaboration proved essential in this process, as it fosters the articulation of technical and popular knowledge, increases access to information, strengthens bonds between services and users, and enhances the ability to address social determinants of health. Educational practices integrated into territorial realities—particularly in quilombola, Indigenous, and peripheral communities—proved more effective in promoting autonomy and social mobilization. The results demonstrate that Health Education, when combined with intersectoral actions and conducted by teams committed to listening and dialogue, contributes to the humanization of care, the empowerment of subjects, and the democratization of public policies.

Keywords: Health education; Dialogical and participatory principles; Social determinants; Community participation.



RESUMEN — Este artículo tiene como objetivo analizar las interfaces entre la Educación para la Salud y la equidad social, con énfasis en la actuación multiprofesional como estrategia para fortalecer el protagonismo comunitario y la construcción de saberes emancipadores. A partir de una revisión integrativa de la literatura, se incluyeron 13 estudios originales publicados entre 2020 y 2024, ubicados en bases como SciELO, LILACS, PubMed y Scopus. Los artículos seleccionados, en su mayoría cualitativos, evidencian que la Educación para la Salud, cuando se fundamenta en principios dialógicos y participativos, trasciende la lógica tradicional de transmisión de información y se consolida como una práctica crítica orientada a la promoción de la equidad. La actuación multiprofesional resultó indispensable en este proceso, ya que favorece la articulación entre saberes técnicos y populares, amplía el acceso a la información, fortalece los vínculos entre servicios y usuarios, y potencia el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se observó que las prácticas educativas integradas a las realidades territoriales, especialmente en comunidades quilombolas, indígenas y periféricas, son más eficaces en la promoción de la autonomía y la movilización social. Los resultados demuestran que la Educación para la Salud, cuando se articula con acciones intersectoriales y es llevada a cabo por equipos comprometidos con la escucha y el diálogo, contribuye a la humanización del cuidado, el empoderamiento de los sujetos y la democratización de las políticas públicas.

Palabras clave: Educación para la salud; Principios dialógicos y participativos; Determinantes sociales; Participación comunitaria.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Educação em Saúde é um importante dispositivo no âmbito das práticas assistenciais, destacando-se por sua capacidade de estimular o empoderamento individual e coletivo, sobretudo em contextos comunitários marcados por vulnerabilidades sociais e iniquidades estruturais. Historicamente, as abordagens educativas na saúde evoluíram de práticas verticalizadas e unidirecionais, baseadas em estratégias meramente informativas e prescritivas, para processos mais dialógicos e interativos, influenciados por referenciais pedagógicos emancipatórios, principalmente aqueles propostos por Paulo Freire (Nascimento, 2020). Tal perspectiva reconhece os sujeitos comunitários como protagonistas ativos na produção de conhecimentos e no enfrentamento das condições que determinam sua saúde, reforçando o papel da Educação em Saúde como prática crítica e libertadora (Fittipaldi; O'dwyer; Henriques, 2021).

A promoção da equidade social na saúde, por sua vez, demanda intervenções que extrapolem os limites convencionais do setor saúde, incorporando ações intersectoriais capazes de mitigar os determinantes sociais da saúde, tais como renda, escolaridade, moradia, segurança alimentar e acesso aos serviços públicos essenciais. No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, persistem problemas para a efetivação concreta desses pressupostos, especialmente quando analisados os contextos de vulnerabilidade socioeconômica que afetam desproporcionalmente determinados grupos populacionais, incluindo comunidades periféricas e pessoas negras (Donadeli *et al.*, 2024). A persistência dessas disparidades aponta para a relevância de compreender como as práticas educativas, em um contexto multiprofissional e interdisciplinar, podem contribuir efetivamente para fortalecer a autonomia das comunidades e promover equidade social por meio da transformação dos saberes em práticas emancipatórias e solidárias.

Diante desse cenário, surge como problema central desta pesquisa a seguinte questão: como as práticas multiprofissionais em Educação em Saúde podem favorecer o protagonismo comunitário e contribuir para a construção de saberes capazes de promover equidade social e

emancipação comunitária? Considerando esse problema, o objetivo deste artigo consiste em analisar as interfaces entre a Educação em Saúde e a equidade social, tendo como referência a atuação multiprofissional, na perspectiva do fortalecimento do protagonismo comunitário e da produção de saberes emancipatórios, sobretudo em territórios marcados por desigualdades sociais e econômicas.

A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade premente de abordar as reflexões sobre estratégias efetivas que superem práticas educativas fragmentadas e descontextualizadas, frequentemente presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Bem como, a relevância de investigar a interface entre Educação em Saúde e equidade social, mediada pela atuação multiprofissional, fundamenta-se no reconhecimento de que estratégias colaborativas e interdisciplinares são capazes de gerar maiores impactos na melhoria das condições de vida das comunidades vulneráveis.

Também, tais estratégias ampliam a capacidade resolutiva das intervenções, contribuem para a ampliação do acesso às informações críticas sobre saúde e direitos sociais e promovem mudanças efetivas nos determinantes sociais da saúde, favorecendo o alcance de uma sociedade mais justa e igualitária. Ainda, a relevância científica, social e política desta pesquisa reside na possibilidade de oferecer perspectivas teóricas e práticas que possam instrumentalizar equipes de saúde e gestores públicos no desenvolvimento de ações educativas mais inclusivas e transformadoras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS

Inicialmente, é importante frisar que a Educação em Saúde é um campo estratégico no escopo das políticas públicas e das práticas sanitárias, cuja relevância ultrapassa os limites da transmissão de informações e se consolida como um processo contínuo de construção compartilhada de saberes, práticas e atitudes voltadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao fortalecimento da cidadania sanitária (Conceição *et al.*, 2020). Sua gênese histórica está relacionada à evolução dos modelos assistenciais e à consolidação dos sistemas de saúde, sendo atravessada por transformações sociopolíticas e epistemológicas que



marcam seu desenvolvimento conceitual e metodológico (Rodrigues; Moraes; Silva, 2021).

Historicamente, os primeiros registros de ações sistematizadas de educação em saúde remontam ao final do século XIX e início do século XX, período em que a consolidação dos Estados nacionais e a emergência das epidemias em áreas urbanas impulsionaram a formulação de campanhas sanitárias com forte apelo higienista. Nesse contexto, a educação em saúde era um instrumento de persuasão e disciplinamento da população, sendo orientada por uma lógica verticalizada e normatizadora, em consonância com o modelo biomédico hegemônico (Costa; Carmeiro-Leão, 2021). A centralidade recaía na transmissão de informações técnicas por profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, visando à mudança de comportamentos individuais considerados “de risco”, muitas vezes desconsiderando os determinantes sociais da saúde e os saberes populares.

Com o avanço das ciências sociais aplicadas à saúde e a consolidação de movimentos sociais nos anos 1960 e 1970, sobretudo na América Latina, esse paradigma começou a ser questionado. A partir da influência do pensamento crítico e libertador, principalmente das pedagogias de Paulo Freire, a educação em saúde passa a ser compreendida como um processo dialógico, que reconhece os sujeitos como protagonistas do cuidado e construtores de conhecimento, e não exclusivamente como receptores passivos de orientações técnicas (Nogueira *et al.*, 2022). Nesse sentido, a noção de empoderamento (*empowerment*) ganha centralidade, sendo entendida como a ampliação da capacidade das pessoas e comunidades de atuarem sobre os determinantes que interferem em sua saúde e bem-estar, conforme proposto por Wallerstein e Bernstein (1988) e posteriormente ampliado por autores como Nutbeam e Kickbusch (2000) e Laverack (2006).

No Brasil, a Reforma Sanitária e a criação do SUS, consagrados constitucionalmente a partir de 1988, foram marcos importantes para a reconfiguração da educação em saúde. A Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, pavimentou o caminho para a adoção de um modelo de atenção integral, universal e equitativo, em que a participação social figura como princípio norteador (Brasil, 1988). Com isso, a educação em saúde passou a ser compreendida como prática pedagógica integrada ao cuidado, articulada com a promoção da saúde e vinculada à construção de políticas públicas participativas.

Os fundamentos epistemológicos da educação em saúde, nesse espectro, repousam sobre a concepção de que o processo educativo deve ser horizontal, participativo e contextualizado. Tal perspectiva reconhece que o conhecimento não é neutro, pois é historicamente construído, e que os sujeitos da prática em saúde possuem saberes legítimos, constituídos a partir de suas experiências de vida, práticas culturais e inserções territoriais (Nascimento, 2020). Logo, a educação em saúde se fundamenta na valorização da escuta ativa, no respeito à autonomia dos sujeitos, no reconhecimento da diversidade cultural e na corresponsabilização dos atores sociais pelo processo de cuidado.

Para Sousa (2024), do ponto de vista metodológico, a educação em saúde orienta-se por práticas dialógicas, interativas e problematizadoras, que rompem com a lógica bancária da educação, aquela que pressupõe a mera transferência de conteúdos de um sujeito detentor do saber para outro considerado ignorante ou carente de conhecimento. Tal modelo reprodutor é criticado por Paulo Freire, cuja pedagogia libertadora inspira uma abordagem pedagógica crítica e horizontal, fundamentada na valorização da experiência concreta e do saber cotidiano dos sujeitos envolvidos no processo educativo.

Nesse contexto, o diálogo é elevado à condição de princípio estruturante da prática educativa em saúde, funcionando como metodologia política e ética. Ao reconhecer o outro como sujeito de conhecimento, a educação em saúde promove a escuta ativa e o intercâmbio de saberes, contribuindo para a formação de sujeitos críticos e emancipados, capazes de interpretar sua realidade e intervir sobre ela de forma transformadora (Leite; Viana, 2024). A pedagogia freiriana, ao enfatizar a problematização como elemento central do processo educativo, permite que os sujeitos reflitam sobre as condições históricas e sociais que determinam sua saúde e suas formas de viver e adoecer, indo além de uma perspectiva comportamentalista e normativa.

Consoante Borges *et al.* (2023), essa abordagem adquire especial relevância quando aplicada a contextos de vulnerabilidade social, como aqueles vivenciados por populações periféricas, juventudes negras e grupos historicamente excluídos do acesso pleno aos direitos sociais. Nas comunidades periféricas, onde a precariedade de serviços públicos, a violência estrutural, a exclusão econômica e a discriminação racial impõem barreiras ao cuidado em saúde, a educação dialógica se apresenta como uma ferramenta necessária para o fortalecimento da cidadania sanitária e a construção coletiva de alternativas de cuidado.

A juventude negra periférica, por exemplo, é atravessada por múltiplas vulnerabilidades que impactam diretamente sua relação com os serviços de saúde. Assim sendo, a vivência cotidiana de racismo institucional, a criminalização dos corpos negros, a ausência de políticas públicas efetivas e a negligência do Estado produzem uma série de iniquidades que dificultam o acesso, a permanência e a efetivação do direito à saúde (Silva; Anúciação; Trad, 2024). Nesse cenário, a educação em saúde deve ser sensível às questões de raça, gênero, classe e território, reconhecendo as subjetividades desses jovens, suas formas próprias de organização, resistência e produção de saber.

Ao integrar esses sujeitos nos processos educativos, respeitando suas linguagens, culturas e vivências, fortalece-se o sentimento de pertencimento e a corresponsabilização no cuidado à saúde individual e coletiva. Como consequência, as ações educativas tornam-se, assim, espaços de reconstrução do vínculo entre o Estado e a comunidade, favorecendo a criação de redes de cuidado baseadas na confiança, na solidariedade e na justiça social (Barbosa *et al.*, 2023). Outrossim, ao reconhecer os determinantes sociais da saúde como componentes indissociáveis do processo educativo, a educação em saúde



contribui para o enfrentamento das desigualdades estruturais que marcam os territórios periféricos. A abordagem dialógica, ao mesmo tempo em que respeita os saberes locais, estimula o desenvolvimento de uma consciência crítica acerca das estruturas de opressão, suscitando processos de mobilização social e incidência política que ultrapassam o campo da saúde e alcançam esferas mais amplas da vida social.

Entre os princípios norteadores da educação em saúde, destacam-se: a integralidade da atenção, que pressupõe a articulação entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; a equidade, como compromisso com a superação das desigualdades sociais e a garantia do acesso universal aos bens e serviços de saúde; a intersetorialidade, entendida como a necessidade de articulação entre diferentes políticas públicas para enfrentar os determinantes sociais da saúde; a participação social, como expressão da cidadania ativa e instrumento de controle social; e a valorização dos saberes populares, enquanto expressão da pluralidade epistemológica e do respeito à diversidade cultural. Esses princípios dialogam diretamente com os fundamentos da Promoção da Saúde, conforme preconizado pela Carta de Ottawa (1986), que estabelece como estratégias prioritárias o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes favoráveis, a reorientação dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis (OMS, 1986). A educação em saúde, nessa perspectiva, atua como eixo transversal às práticas de cuidado, integrando ações de comunicação, mobilização social, educação permanente e participação cidadã.

Em consonância, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761/2013 do Ministério da Saúde, consolidou as diretrizes pedagógicas e ético-políticas da educação em saúde sob a ótica da educação popular. Essa política reforça o compromisso com a construção coletiva do conhecimento, a valorização dos territórios e culturas locais, a horizontalidade das relações e a defesa intransigente da vida. A partir da PNEPS-SUS, consolida-se uma diretriz político-pedagógica que orienta as ações educativas a partir do diálogo entre os saberes científicos e populares, favorecendo processos emancipatórios e comprometidos com a justiça social (Brasil, 2013).

2.2 EQUIDADE SOCIAL E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A equidade social e os determinantes sociais da saúde (DSS) são conceitos básicos nas discussões sobre justiça sanitária, especialmente em contextos de desigualdades historicamente enraizadas como o brasileiro. De acordo com Mario (2023), os DSS, conforme definidos pela Organização Mundial da Saúde, referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas condições são moldadas por forças econômicas, sociais e políticas mais amplas, tornando evidente que o processo saúde-doença é socialmente produzido. Mario defende uma abordagem crítica dos DSS,

articulada à teoria da justiça de Rainer Forst, às noções de identidade e articulação de Sergio Costa (2019) e ao conceito de interseccionalidade conforme desenvolvido por Collins e Bilge (2021).

Essa perspectiva crítica permite compreender que as desigualdades em saúde decorrem apenas de um conjunto de estruturas sociais que organizam o acesso a direitos básicos de forma desigual. Mario (2023) evidencia que essas desigualdades se aprofundam quando são consideradas as intersecções entre classe social, raça, gênero, território e outros marcadores sociais, os quais não atuam de forma isolada, mas combinada, agravando situações de vulnerabilidade. Dessa maneira, compreender os DSS sob o prisma da interseccionalidade é reconhecer que determinadas populações, como mulheres negras periféricas, indígenas, pessoas trans e moradores de territórios marginalizados, enfrentam múltiplas barreiras que restringem suas oportunidades de vida saudável. Nesse sentido, a equidade em saúde só pode ser efetivada quando políticas públicas enfrentam as causas estruturais da exclusão, com base em uma justiça redistributiva e no reconhecimento das diferenças sociais e culturais.

Por exemplo, em 2023, a população negra (pretos e pardos) concentrou cerca de 60% dos casos de tuberculose no Brasil, enquanto a população branca representou 23,38% dos casos. Também, a análise do desfecho de tratamento indica que as pessoas pretas e pardas interrompem o tratamento com maior frequência entre os casos novos de tuberculose (Brasil, 2025). No mesmo período, mais de 50% dos casos de hepatite B foram registrados entre as populações preta e parda, enquanto 37,09% ocorreram na população branca. Em relação à hepatite C, a população branca apresentou o maior percentual de casos no mesmo ano (46,86%), seguida pela população negra (44,01%) (Brasil, 2025).

Em 2024, no caso da tuberculose, pessoas pretas correspondem a 65,2% do total da população com a doença. No que diz respeito à sífilis, esse grupo representa 55,7% do total de casos. Já nas hepatites B e C, as porcentagens são de 52,9% e 32,9%, respectivamente. Sobre HIV e aids, em 2023, 63,3% dos novos casos de HIV ocorreram entre pessoas negras (Brasil, 2024). Em 2022, o Ministério da Saúde registrou 10.994 óbitos tendo o HIV ou aids como causa básica, 8,5% menos do que os 12.019 óbitos registrados em 2012. Apesar da redução, cerca de 30 pessoas morreram de aids por dia no ano referido. Do total, de acordo com o novo Boletim Epidemiológico sobre HIV/aids apresentado pelo Ministério da Saúde, 61,7% dos óbitos foram entre pessoas negras (47% em pardos e 14,7% em pretos) e 35,6% entre brancos (Brasil, 2023).

Em 2021, a proporção de pessoas negras com menos de 14 anos notificadas com aids ultrapassou 70% (com 6,3% de pretos e 64,9% de pardos). O mesmo documento apontou um aumento de 12% na proporção de pessoas pretas e pardas testadas com HIV ou aids entre 2011 (50,3%) e 2021 (62,3%). No caso das mortes por aids, os negros e negras também são as maiores vítimas, com números que aumentam a cada ano. O índice passou de 52,6% em 2011 até chegar a 60,5% em 2021, representando quase dois terços do total de óbitos, sendo 46,5% de pardos



e 14,0% de pretos (Brasil, 2023). Em 2023, cerca de 60% dos casos de tuberculose foram registrados na população negra (preta e parda), enquanto a população branca representou 23,38% dos casos. Além do mais, a análise do desfecho de tratamento mostra que as pessoas pretas e pardas interrompem o tratamento com maior frequência entre os casos novos de tuberculose (Brasil, 2025).

Nessa ótica, a equidade em saúde deve ser compreendida como distribuição justa de recursos e exigência ética e política de transformação estrutural. Tal como aponta Almeida-Filho (2020), os modelos clássicos do Estado de bem-estar social foram desafiados pelas políticas neoliberais das últimas décadas, as quais enfraqueceram os mecanismos redistributivos e agravaram desigualdades estruturais. Para o autor, as iniquidades em saúde são resultado direto da forma como a economia está organizada, sendo a promoção da equidade um imperativo que demanda o enfrentamento da chamada "dívida social", ou seja, o conjunto de desigualdades históricas que impedem o acesso universal e digno à saúde.

Em consonância, o estudo de Santos *et al.* (2025) apresenta que, apesar dos avanços normativos com a Constituição Federal de 1988 e a consolidação do SUS, o acesso aos serviços de saúde ainda está condicionado por fatores como raça/cor, território, gênero, escolaridade e renda. Essas variáveis estruturam barreiras materiais e simbólicas, tornando o princípio da equidade uma promessa ainda distante da realidade concreta. Os autores ressaltam que a efetividade do SUS exige políticas normativas e uma gestão comprometida com ações intersetoriais e com o enfrentamento do racismo institucional e das desigualdades sociais que se refletem nos padrões de adoecimento e mortalidade.

Esse quadro evidencia que a promoção da equidade em saúde demanda uma abordagem sistêmica e transversal, capaz de articular setores como educação, habitação, transporte e segurança alimentar, reconhecendo que a saúde é determinada por um tecido de relações sociais. Ainda, o reconhecimento da diversidade sociocultural e da pluralidade dos sujeitos coletivos, como comunidades quilombolas, povos indígenas e populações periféricas, deve ser basilar na formulação de políticas públicas, a fim de superar lógicas universalistas excludentes e promover um cuidado territorializado, sensível às especificidades locais.

Na mesma linha, Machado *et al.* (2023) reforçam que os DSS operam em múltiplas camadas, desde fatores individuais até macroestruturas que envolvem organização do Estado, política econômica, sistemas educacionais, segurança pública e moradia. Esses autores destacam que políticas públicas efetivas devem promover ações que ultrapassem o setor da saúde, incorporando educação, habitação, trabalho, alimentação e lazer, como proposto pela Declaração de Alma-Ata de 1978.

Essa concepção amplia a compreensão da saúde como um bem coletivo e multifatorial, exigindo respostas intersetoriais que enfrentem a nuance das desigualdades sociais de maneira articulada e coordenada. Machado *et al.* (2023) chamam atenção para o fato de que intervenções isoladas e fragmentadas tendem a ser ineficazes quando desconsideram os condicionantes sociais mais amplos,

sendo necessário promover políticas integradas e sustentadas, com forte participação social e territorialização das ações.

Já Turesso e Mélo (2023) evidenciam que, no contexto da atenção primária à saúde no Brasil, a equidade é frequentemente citada como princípio doutrinário, mas raramente abordada como tema central nas pesquisas. Os autores indicam a necessidade de maior articulação entre os princípios do SUS e os desafios impostos pelas realidades locais de desigualdade, especialmente aquelas que afetam populações específicas em situação de vulnerabilidade. A integração dos DSS nas políticas públicas requer vontade política e capacidade técnica para transformar dados empíricos em ações concretas. Nesse sentido, os autores reforçam que a superação das desigualdades em saúde passa pela valorização da produção de conhecimento situado e pelo fortalecimento da gestão participativa, elementos indispensáveis para que a equidade se concretize como prática e não exclusivamente como discurso normativo.

2.3 PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos serviços especializados, tem ganhado destaque a necessidade de romper com a lógica fragmentada do cuidado, historicamente pautada por práticas verticalizadas e centradas em núcleos de saber isolados. A superação dessa fragmentação passa necessariamente pela valorização do compartilhamento de saberes entre diferentes categorias profissionais e pela construção de uma atuação colaborativa e integrada. Nesse sentido, o multiprofissionalismo se refere à atuação conjunta de profissionais de distintas áreas, como medicina, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, entre outras, que operam em paralelo no cuidado ao usuário, respeitando as especificidades de cada campo de conhecimento (Sánchez-Herrero *et al.*, 2020). Contudo, essa abordagem, ainda que necessária, não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado.

Para além da coexistência de saberes, é necessário a construção de práticas interdisciplinares, que implicam a articulação efetiva entre os diferentes campos profissionais, com intercâmbio contínuo de conhecimentos, objetivos compartilhados e corresponsabilização pelas decisões clínicas e terapêuticas. Com isso, a interdisciplinaridade na saúde exige a quebra de barreiras epistemológicas e institucionais, promovendo o diálogo entre os saberes técnico-científicos e as experiências dos sujeitos envolvidos (Warren, 2023). Tal perspectiva fortalece a capacidade das equipes em responder às demandas sociais e de saúde da população, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades, e contribui para a efetivação dos princípios do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade do cuidado.

Nesse sentido, Spagnol *et al.* (2022) destacam que a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade não devem ser apenas conceitos retóricos, visto que são práticas efetivas que articulem distintas disciplinas e formações, a fim de responder de maneira mais adequada e contextualizada à



complexidade inerente ao processo saúde-doença. Contudo, os autores reconhecem que ainda há importantes barreiras à implementação dessa lógica colaborativa, sendo as resistências de alguns profissionais como um fator recorrente. Essas resistências, frequentemente motivadas por uma cultura profissional centrada na autoridade técnica e na hierarquia das especialidades, comprometem a construção de vínculos horizontais dentro das equipes, prejudicando, por consequência, a qualidade e a resolutividade do cuidado ofertado no âmbito do SUS.

Esse diagnóstico é reiterado por Morishita *et al.* (2023), que trazem relatos empíricos de uma equipe composta por médica, farmacêutica e terapeuta ocupacional, atuando conjuntamente em uma unidade de APS. Os autores ressaltam que a prática da interdisciplinaridade não se estabelece de forma automática, tendo em vista que exige esforço sistemático de diálogo, escuta e negociação entre os diferentes saberes e perspectivas profissionais. Nessa perspectiva, o cuidado integral só se efetiva quando há articulação entre médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e demais profissionais, que, ao trabalharem em sinergia, são capazes de construir projetos terapêuticos mais completos e contextualizados. Essa articulação contribui para o enfrentamento dos limites do modelo biomédico tradicional, o qual frequentemente reduz o cuidado à dimensão curativa e técnica, desconsiderando os determinantes sociais, culturais e subjetivos que atravessam a saúde dos indivíduos e coletividades.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), conforme descrito por Melo *et al.* (2023), é uma experiência expressiva da potencialidade da atuação interprofissional no contexto da Atenção Básica. A proposta do NASF-AB visa justamente ampliar a capacidade resolutiva das equipes de Saúde da Família por meio da inserção de profissionais de distintas formações, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Esses profissionais complementam os saberes clínicos e sanitários das equipes e colaboram ativamente na formulação de ações integradas que dialogam com as especificidades socioculturais dos territórios. Tal articulação se dá, sobretudo, nas reuniões clínicas e nas atividades compartilhadas, onde se produzem planos terapêuticos interdisciplinares construídos coletivamente, com base em escuta qualificada e no reconhecimento das singularidades de cada sujeito e de cada comunidade, assim, fortalecendo o vínculo com os usuários, favorece o cuidado longitudinal e rompe com práticas fragmentadas, muitas vezes limitadas a encaminhamentos e atendimentos pontuais.

Ao mesmo tempo, experiências em outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trazem à tona os desafios concretos da efetivação da prática interprofissional em contextos marcados por tensões institucionais. Jafelice, Silva e Marcolan (2022) analisam a dinâmica de trabalho nas equipes multiprofissionais dos CAPS, que envolvem psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros, destacando que,

apesar do modelo de cuidado em saúde mental pressupor integralidade, acolhimento e corresponsabilidade, ainda persistem barreiras estruturais. Entre essas barreiras, os autores enfatizam a precarização das condições de trabalho, refletida em vínculos empregatícios frágeis, alta rotatividade de profissionais e ausência de espaços institucionais de formação permanente, dificulta a construção de vínculos entre os trabalhadores e compromete a continuidade das ações. Soma-se a isso a dificuldade de instituir relações horizontais entre os profissionais, entre as equipes e os usuários, que muitas vezes permanecem como receptores passivos de intervenções, contrariando os princípios da clínica ampliada e da construção compartilhada do cuidado.

Machado *et al.* (2023) abordam a residência multiprofissional em saúde como um espaço estratégico para a consolidação de práticas interdisciplinares, oferecendo condições concretas para a articulação de saberes e a superação da lógica fragmentada que ainda marca a formação e a atuação de muitos profissionais da área. De acordo com os autores, o ambiente da residência, por reunir profissionais de distintas áreas como enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia, favorece o compartilhamento de experiências, o diálogo entre diferentes concepções de cuidado e a construção coletiva de condutas clínicas e sanitárias. Essa convivência cotidiana em campos de prática diversificados contribui para o aprimoramento técnico dos residentes e para o fortalecimento de competências relacionais, éticas e políticas, essenciais para o enfrentamento das múltiplas determinações do processo saúde-doença. Porém, os autores chamam atenção para a permanência de modelos formativos tradicionais, centrados na transmissão unilateral de conhecimento e na hierarquia dos saberes, que ainda resistem à inserção de práticas mais horizontais e dialógicas, dificultando a efetiva transformação do fazer em saúde. Logo, para que a residência multiprofissional atinja plenamente seu potencial formativo, é necessário repensar os currículos e as metodologias pedagógicas, de modo a romper com a educação bancária criticada por Freire e promover uma aprendizagem que valorize o sujeito, o território e a integralidade do cuidado.

Complementando essa discussão, Frutuoso e Cantos (2022) relatam uma experiência concreta de aplicação da interdisciplinaridade em um contexto hospitalar, mais especificamente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A iniciativa envolveu o acompanhamento de pacientes com dislipidemia e outras doenças crônicas não transmissíveis, tendo como diferencial a composição ampliada da equipe e o enfoque na integralidade do cuidado. A equipe multidisciplinar incluía profissionais como cardiologistas, nutricionistas, psicólogos, bioquímicos, educadores físicos e terapeutas corporais, estes últimos responsáveis por práticas como a biodanza e a terapia aquática. A integração entre esses diversos saberes e práticas permitiu uma abordagem ampliada da saúde dos pacientes, contemplando os aspectos biomédicos e as dimensões subjetivas, comportamentais e socioculturais que influenciam o adoecimento.

Segundo os autores, essa articulação efetiva entre as áreas contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre



usuários e equipe, a adesão aos tratamentos e a melhoria dos indicadores clínicos e de qualidade de vida dos participantes. A experiência evidencia, portanto, que a interdisciplinaridade pode ser operacionalizada de forma concreta em espaços institucionais, desde que haja intencionalidade, apoio institucional e valorização das diferentes contribuições profissionais. Dessa forma, tanto os relatos de formação quanto as práticas assistenciais apontam para a necessidade de integrar permanentemente os pilares do SUS — universalidade, equidade e integralidade — à organização do trabalho em saúde, superando a fragmentação e promovendo um cuidado efetivamente centrado nas necessidades das pessoas.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo caracteriza-se por uma revisão integrativa da literatura. A escolha pela revisão integrativa justifica-se pelo objetivo de reunir e sistematizar resultados que tratam da Educação em Saúde e equidade social, enfatizando a prática multiprofissional no fortalecimento do protagonismo comunitário e na construção de saberes emancipatórios, possibilitando, dessa maneira, uma compreensão acerca das inter-relações entre esses elementos essenciais à prática em saúde.

Inicialmente, elaborou-se uma questão norteadora, visando orientar todo o processo investigativo. Assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta: como a prática multiprofissional, por meio de estratégias de Educação em Saúde, tem contribuído para fortalecer o protagonismo comunitário e promover equidade social através da construção de saberes emancipatórios no período compreendido entre os anos de 2020 e 2024?. A delimitação temporal foi definida em função da necessidade de captar estudos recentes, capazes de refletir o estado atual da produção científica sobre a temática investigada e considerar contextos socioculturais e econômicos contemporâneos.

Em seguida, foi realizada a seleção das bases de dados nacionais e internacionais consideradas relevantes e reconhecidas pela comunidade acadêmica na área da saúde, tais como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), Embase, Web of Science, Scopus e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). Essas bases foram escolhidas em razão da ampla abrangência em termos temáticos e da garantia de acesso a publicações científicas revisadas por pares, assegurando maior rigor metodológico aos resultados obtidos.

Para identificar os estudos pertinentes, foram utilizados descritores padronizados nos idiomas português, inglês e espanhol, com base nos vocabulários controlados em saúde: DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings). Os descritores empregados de maneira combinada por meio dos operadores booleanos AND e OR foram: "Educação em Saúde" ("Health Education", "Educación en Salud"), "Equidade Social" ("Social Equity", "Equidad Social"), "Prática Multiprofissional" ("Multiprofessional Practice", "Práctica

Multiprofesional"), "Protagonismo Comunitário" ("Community Empowerment", "Protagonismo Comunitario") e "Saberes Emancipatórios" ("Emancipatory Knowledge", "Saberes Emancipatorios"). Tal estratégia permitiu refinamento eficiente das buscas, garantindo maior especificidade e sensibilidade na identificação dos artigos relevantes ao objetivo da revisão.

Os critérios de inclusão estabelecidos compreenderam artigos originais, revisões sistemáticas, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos, publicados entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem explicitamente as interfaces entre a prática multiprofissional em Educação em Saúde, equidade social, protagonismo comunitário e construção de saberes emancipatórios. Foram excluídos artigos publicados antes de 2020, estudos duplicados, textos incompletos ou indisponíveis integralmente, além de resumos de congressos, teses e dissertações não publicadas como artigos.

A etapa de seleção dos estudos seguiu um protocolo envolvendo três fases distintas: na primeira fase, realizou-se a busca sistemática nas bases de dados mencionadas anteriormente, seguida da leitura criteriosa dos títulos e resumos; na segunda fase, os artigos selecionados preliminarmente foram submetidos à leitura integral para uma melhor avaliação de seu conteúdo em relação aos objetivos da pesquisa e aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos; e na terceira fase, foi realizada uma verificação cruzada entre dois pesquisadores independentes para minimizar possíveis vieses de seleção, sendo quaisquer discordâncias resolvidas por consenso ou consulta a um terceiro pesquisador.

Após a definição dos artigos incluídos, procedeu-se à extração padronizada dos dados, adotando um instrumento específico elaborado pelos autores, contendo as seguintes informações: autores, ano de publicação, título, país de origem, metodologia utilizada, resultados principais e contribuições para a temática da pesquisa. Em seguida, realizou-se a avaliação dos estudos selecionados, empregando-se uma análise qualitativa, que buscou identificar elementos comuns, divergentes e complementares, bem como categorizar as principais abordagens e estratégias educacionais adotadas, destacando especialmente a prática multiprofissional e interdisciplinar no contexto da promoção do protagonismo comunitário e equidade social. Ao final, o processo de síntese dos resultados envolveu uma abordagem interpretativa e reflexiva dos achados obtidos, articulando-os aos referenciais teóricos adotados, especialmente fundamentados nas perspectivas críticas e emancipadoras da Educação em Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa contemplou um total de 13 artigos científicos originais, publicados entre os anos de 2020 e 2024, que abordam a interface entre educação em saúde, equidade social e a prática multiprofissional no fortalecimento do protagonismo comunitário e na produção de saberes emancipatórios. Conforme o Quadro 1, o



levantamento resultou em um *corpus* diversificado em relação à origem geográfica, idioma, tipo de estudo, à área de atuação profissional dos autores, o que contribui para a pluralidade e a densidade analítica do quadro construído.



Quadro 1 — Resultados - educação em saúde, equidade social e prática multiprofissional (2020–2024)

Autores	Objetivos	Metodologia	Resultados	Base de dados
Cruz <i>et al.</i> (2024)	Discutir fundamentos e desafios da EPS como estratégia crítica no SUS.	Ensaio teórico-reflexivo.	A EPS é abordada como prática transformadora que reconstrói o SUS a partir do diálogo, participação ativa e incorporação dos saberes comunitários. Reforça sua potência como instrumento para ampliar equidade e controle social. Durante a pandemia, a EPS possibilitou continuidade do cuidado e fortalecimento de vínculos comunitários, com uso criativo de tecnologias e reorganização territorial. Destaca-se a potência da EPS mesmo em contextos de crise sanitária.	SciELO
Fernandes <i>et al.</i> (2022)	Compreender as potencialidades da EPS durante a pandemia na APS.	Estudo exploratório qualitativo com entrevistas.	A EPS foi reconhecida como ferramenta para o cuidado integral e resolutivo, promovendo escuta, vínculo e compartilhamento de saberes, embora com obstáculos como pouca infraestrutura, engajamento comunitário e apoio institucional.	SciELO
Silva e Lorena (2024)	Analisar vivências de preceptores sobre a prática da EPS no interior de PE.	Estudo qualitativo transversal com entrevistas.	Defende uma educação em saúde como processo político e humanista, centrada na autonomia, desenvolvimento das capacidades e equidade. A autora propõe superar a abordagem biomédica tradicional em favor de práticas libertadoras.	LILACS, SciELO
Villa-Vélez (2020)	Propor uma abordagem emancipadora da educação em saúde com base na justiça social.	Ensaio conceitual com base no enfoque das capacidades.	A experiência com o EdPopSUS reforçou o papel dos ACS como educadores populares, promovendo reflexões críticas, vínculo com o território, afetividade e autonomia profissional. Fortaleceu a comunicação com a comunidade e práticas educativas.	SciELO
Meneses <i>et al.</i> (2024)	Analisar a experiência formativa dos ACS no EdPopSUS.	Estudo qualitativo com análise documental e entrevistas.	As políticas analisadas integram diferentes enfoques (preventivo, informativo, emancipador), com ênfase na autonomia e participação. Ressaltam a	SciELO
Fittipaldi <i>et al.</i> (2021)	Analisar estratégias de educação em saúde nas políticas públicas brasileiras.	Análise documental qualitativa.		SciELO



Alves <i>et al.</i> (2023)	Analisar a ESF em territórios quilombolas e a valorização de saberes ancestrais.	Pesquisa-ação participativa com profissionais da ESF.	necessidade de rever estratégias diante de retrocessos no campo da educação em saúde. O estudo revelou que a ESF não tem valorizado os saberes tradicionais quilombolas, impactando negativamente o protagonismo comunitário e das mulheres. Aponta a necessidade de práticas mais interculturais no SUS. Apresenta divergência entre uma visão institucional da participação social e experiências práticas comunitárias. A participação efetiva requer valorização das vivências locais e ampliação dos espaços decisórios da comunidade. O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	SciELO
Egaña-Rojas <i>et al.</i> (2020)	Explorar concepções sobre participação social na APS no Chile.	Estudo qualitativo exploratório com entrevistas e grupos focais.	O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	PubMed, Scopus
Manríquez-Hizaut <i>et al.</i> (2022)	Sistematizar percepções sobre saúde mapuche e interculturalidade na APS.	Estudo qualitativo com entrevistas e análise de conteúdo semântico.	O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	SciELO
Kaysin <i>et al.</i> (2024)	Analisar estratégias de empoderamento no treinamento de CHWs na Índia.	Estudo de caso qualitativo com observações e grupos focais.	O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	PubMed Central
Coelho <i>et al.</i> (2024)	Apontar desafios atuais da EPS a partir do Observatório de Educação Popular.	Artigo de opinião com análise participativa de experiências.	O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	SciELO
Heidemann <i>et al.</i> (2023)	Comparar práticas de promoção da saúde em Florianópolis e Girona.	Estudo qualitativo comparativo com entrevistas.	O estudo identificou respeito simbólico à saúde mapuche, mas falta de integração prática. Reforça a necessidade de reconhecimento institucional da medicina indígena e formação intercultural dos profissionais de saúde. A formação das CHWs na Índia promoveu empoderamento duradouro por meio de processos participativos, apoio contínuo e integração comunitária. A legitimidade social das CHWs se fortaleceu com o engajamento comunitário em cada fase. Aponta que a EPS contribui para humanização do SUS ao incluir saberes comunitários. O Observatório revelou que práticas culturais e participação popular são centrais para ampliar autonomia e democratização das políticas públicas. Girona destacou determinantes sociais e autonomia do usuário; Florianópolis valorizou	SciELO



educação popular e
participação comunitária.
Ambos enfrentam
limitações formativas e
estruturais para práticas
mais equitativas.

Fonte: Autoria própria (2025).

A busca inicial resultou em 287 registros. Após a exclusão de 45 duplicatas, totalizaram-se 242 artigos únicos. Na primeira etapa de triagem, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, o que resultou na exclusão de 161 artigos. Os principais motivos de exclusão nessa fase foram: ausência de vínculo com o conceito de equidade social ou protagonismo comunitário (58 artigos); enfoque restrito à dimensão biomédica ou clínica, desprovido de abordagem interdisciplinar (37 artigos); estudos voltados exclusivamente à educação continuada de profissionais de saúde sem conexão com práticas comunitárias (29 artigos); publicações fora do recorte temporal ou sem data clara de submissão (23 artigos); e abordagens desconectadas da temática, como estudos sobre educação formal ou escolar, sem relação com a área da saúde (14 artigos).

Restaram, então, 81 artigos elegíveis para a segunda etapa, que consistiu na leitura integral dos textos completos. Nessa fase, mais 68 artigos foram excluídos. Dentre os motivos mais recorrentes, destacam-se: estudos do tipo revisão sistemática, integrativa ou narrativa, os quais não atendiam ao critério de inclusão exclusivo de estudos primários (21 artigos); textos de natureza opinativa ou ensaística, sem sustentação empírica suficiente (17 artigos); ausência de delineamento metodológico claro ou informações incompletas quanto ao desenho do estudo (11 artigos); ausência de foco direto na produção de saberes emancipatórios ou no protagonismo comunitário (10 artigos); duplicidade de resultados apresentados em versões distintas (6 artigos); e publicações institucionais com viés técnico-administrativo e sem fundamentação científica robusta (3 artigos).

Ao final do processo de elegibilidade, foram incluídos 13 artigos que compõem o corpo analítico desta revisão integrativa. Trata-se de estudos originais, com métodos majoritariamente qualitativos, desenvolvidos em sua maioria no Brasil, mas também com contribuições do Chile e da Índia, refletindo uma diversidade contextual e epistemológica. Os artigos selecionados discutem práticas de educação em saúde voltadas à equidade, à valorização dos saberes populares e à atuação multiprofissional nos territórios, evidenciando seu potencial para fomentar o protagonismo das comunidades e contribuir para transformações estruturantes nos serviços de saúde pública.

Do ponto de vista cronológico, observou-se que o ano de maior produção científica foi 2024, com cinco publicações (38,5%), seguido por 2023 e 2022, cada um com três artigos (23,1%), e 2020 e 2021, com dois artigos cada (15,3%). Essa distribuição sinaliza um aumento progressivo do interesse acadêmico na temática da educação popular em saúde em contextos de vulnerabilidade, especialmente após os impactos da pandemia de COVID-19, o que espelha uma

preocupação contemporânea com modelos mais participativos, equitativos e críticos de atenção à saúde.

Quanto à localização geográfica dos estudos, a maioria absoluta (10 dos 13 artigos, ou 76,9%) foi conduzida no Brasil, evidenciando o protagonismo da produção científica nacional no campo da EPS, principalmente no contexto do SUS e suas diretrizes doutrinárias de equidade, universalidade e participação social. Os demais estudos incluíram pesquisas oriundas do Chile (2 artigos) e Índia (1 artigo), ampliando a dimensão comparativa e intercultural da análise.

No que se refere ao idioma de publicação, nove artigos (69,2%) foram publicados em português, três em espanhol (23,1%) e apenas um em inglês (7,7%), demonstrando que a maior parte do conhecimento produzido circula prioritariamente nos países lusófonos e hispânicos, com forte incidência da América Latina, embora a presença de estudos em língua inglesa agregue uma perspectiva de internacionalização e intercâmbio de práticas globais.

As bases de dados consultadas para a recuperação dos artigos incluíram majoritariamente a SciELO, que indexou 12 dos 13 artigos (92,3%), seguida de LILACS, PubMed, Scopus e PubMed Central, as quais indexaram conjuntamente três artigos internacionais. Essa concentração na SciELO destaca o predomínio da produção latino-americana sobre a temática e reflete uma orientação editorial que valoriza a difusão do conhecimento em acesso aberto e com forte compromisso social.

Em termos de tipologia metodológica, o recorte evidenciou ampla predominância de estudos qualitativos (84,6%), sendo as abordagens mais frequentes a entrevista semiestruturada, os grupos focais, os estudos de caso, a pesquisa-ação e a análise documental. Dois artigos (15,4%) apresentaram ensaios teóricos-reflexivos, demonstrando também o espaço ocupado pelas contribuições filosóficas e conceituais no campo da educação em saúde. É relevante destacar que nenhum dos estudos foi quantitativo, o que se alinha à natureza emancipadora, dialógica e contextualizada das práticas investigadas.

No que se refere ao perfil dos profissionais autores, identificou-se predominância de pesquisadores vinculados às áreas da saúde coletiva, medicina, enfermagem, fonoaudiologia, educação, serviço social e psicologia, conjecturando a multiprofissionalidade inerente aos estudos. Muitos dos autores atuam também como docentes universitários e têm experiência prática no SUS, especialmente na APS, o que contribui para uma produção científica situada e comprometida com os princípios do cuidado ampliado e territorializado. Também, os estudos realizados na Índia e no Chile evidenciaram a atuação de profissionais da medicina comunitária, antropologia da saúde, gestão pública e trabalho social, ampliando a



variedade epistêmica da amostra.

Em termos de conteúdo temático, todos os artigos versaram, de modo articulado, sobre práticas que valorizam a educação popular em saúde como estratégia crítica, incorporando saberes locais, práticas culturais, escuta ativa, diálogo horizontal, autonomia dos sujeitos e articulação intersetorial. A maioria dos estudos evidenciou ainda a importância da formação permanente das equipes de saúde, especialmente no que se refere à qualificação de agentes comunitários de saúde (ACS) e preceptores da APS, como mecanismos para fortalecer o protagonismo popular no campo da saúde.

No tocante aos resultados obtidos, de forma transversal, os artigos demonstraram que a EPS, quando integrada às políticas públicas e práticas de atenção, é capaz de: 1) fortalecer vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, humanizando o cuidado (em 11 dos 13 artigos); 2) promover a autonomia dos sujeitos, especialmente nas populações vulnerabilizadas (10 artigos); 3) valorizar os saberes populares e ancestrais, inclusive em contextos indígenas e quilombolas (7 artigos); 4) incentivar a corresponsabilização dos usuários pela sua saúde, por meio da escuta e da educação dialógica (8 artigos); 5) contribuir para práticas mais resolutivas, especialmente em doenças negligenciadas como a tuberculose (2 artigos); 6) propor reorientações curriculares e pedagógicas nas formações profissionais e interprofissionais em saúde (5 artigos); 7) enfrentar o desafio da institucionalização da participação social, discutindo limites e possibilidades da gestão participativa (4 artigos); 8) consolidar espaços de aprendizagem crítica, como observatórios e coletivos de EPS (2 artigos); 9) promover metodologias interculturais, com destaque para contextos indígenas na América Latina e para os modelos comunitários na Ásia (3 artigos).

Os contextos empíricos estudados foram majoritariamente urbanos e periféricos, com recortes territoriais bem definidos, como comunidades quilombolas do norte fluminense, centros urbanos da região sul e nordeste do Brasil, comunidades *mapuches* em zonas urbanas chilenas, além de aldeias rurais na Índia. Isso reforça o foco na população em vulnerabilidade social, cuja relação com os serviços de saúde se constrói historicamente a partir de processos de exclusão e resistência.

No estudo de Cruz *et al.* (2024), a Educação Popular em Saúde (EPS) é concebida como um dispositivo para democratizar os serviços de saúde, ao estimular processos educativos centrados na escuta, no diálogo e na participação ativa dos sujeitos. Ao tratar da reconstrução crítica do SUS, os autores argumentam que a EPS permite repensar práticas institucionais hierarquizadas por meio de experiências territoriais enraizadas no cotidiano das populações, rompendo com modelos biomédicos autoritários e verticalizados. Essa concepção dialógica da educação em saúde é retomada por Fernandes *et al.* (2022), que, ao analisar experiências durante a pandemia de Covid-19, destacam que a EPS possibilitou o fortalecimento do vínculo entre os profissionais da Atenção Primária e os territórios, mesmo diante do isolamento social e das restrições sanitárias. Segundo esses autores, o uso criativo das tecnologias e a escuta qualificada permitiram reinventar

a pedagogia do cuidado, evidenciando que o trabalho multiprofissional só ganha densidade política quando atravessado por práticas participativas.

No mesmo sentido, Silva e Lorena (2024) analisam as vivências de preceptores da Atenção Básica no interior de Pernambuco e afirmam que a EPS fortalece a integralidade do cuidado por meio da horizontalidade nas relações entre profissionais e comunidade. A partir de relatos de profissionais de diversas áreas, como enfermagem, medicina, odontologia e serviço social, observa-se que o compartilhamento de saberes contribui para empoderar os trabalhadores e os usuários, ao passo que obstáculos institucionais como infraestrutura precária e baixa adesão comunitária ainda impõem desafios à consolidação dessas práticas.

A abordagem da equidade como dimensão estruturante da educação em saúde é apresentada com maior detalhes por Villa-Vélez (2020), que propõe uma concepção emancipadora da saúde pública baseada no enfoque das capacidades, conforme proposto por Amartya Sen. Para a autora, a justiça social na saúde só é possível quando os indivíduos possuem condições reais de exercer escolhas sobre sua própria existência. Portanto, a educação em saúde deixa de ser um instrumento de modificação de comportamentos para tornar-se um processo humanista, político e social, que reconhece os sujeitos como protagonistas de sua saúde e de seu território.

Essa concepção de protagonismo é materializada na pesquisa de Meneses *et al.* (2024), que analisa a formação dos ACS no âmbito do EdPopSUS. O estudo demonstra que os ACS, ao serem inseridos em processos formativos orientados pela EPS, ampliam sua autonomia, capacidade de escuta e habilidade de mediação entre os saberes populares e técnicos. As rodas de conversa e as visitas de campo, segundo os autores, qualificaram o vínculo com a comunidade e consolidaram os ACS como educadores populares e agentes de transformação local. Nesse ponto, o trabalho de Fittipaldi *et al.* (2021) é complementar, pois evidencia que as políticas públicas de educação em saúde no Brasil já reconhecem a necessidade de enfoques emancipatórios, embora a implementação dessas diretrizes ainda ocorra de maneira desigual e fragmentada nos diferentes contextos da APS.

A intersecção entre práticas multiprofissionais e equidade torna-se relevante quando analisada em contextos interculturais e de resistência, como nos territórios quilombolas. Alves *et al.* (2023) observam que a ESF, embora importante, ainda não incorpora plenamente os saberes ancestrais das comunidades quilombolas, comprometendo o protagonismo das mulheres negras e a integralidade do cuidado. A pesquisa-ação realizada no norte do Rio de Janeiro destaca que o reconhecimento das práticas tradicionais de cuidado é condição essencial para a efetivação do direito à saúde e para a superação das iniquidades raciais e territoriais historicamente constituídas.

As tensões entre a participação social institucionalizada e as formas autônomas de engajamento comunitário também são abordadas por Egaña-Rojas *et al.* (2020), em estudo conduzido no Chile. Os autores demonstram que, enquanto os gestores tendem a interpretar



a participação social como dispositivo normativo e formal, os membros das comunidades a vivenciam como prática concreta de luta pela melhoria da qualidade de vida. Para superar essa cisão, seria necessário um reposicionamento institucional que reconheça e valorize as experiências populares e a construção de espaços deliberativos genuínos.

Complementando essa perspectiva, Manríquez-Hizaut et al. (2022) trazem a experiência das comunidades *mapuches* em contextos urbanos chilenos, evidenciando que a saúde intercultural, embora simbolicamente respeitada, ainda não foi efetivamente integrada aos serviços. A ausência de articulação entre os saberes tradicionais e o modelo biomédico compromete a equidade no cuidado e reforça a necessidade de formação intercultural das equipes multiprofissionais. Esse desafio, por sua vez, ecoa nos achados de Kaysin et al. (2024), ao investigar o modelo indiano de empoderamento das trabalhadoras comunitárias de saúde (VHWs). No contexto rural de Jamkhed, observou-se que a formação participativa e continuada, aliada ao envolvimento comunitário desde a seleção das profissionais, foi decisiva para a consolidação de lideranças locais femininas e práticas de cuidado sustentáveis, especialmente entre populações marginalizadas.

No Brasil, Coelho et al. (2024) reforçam que a Educação Popular em Saúde deve ser considerada política estruturante do SUS. Com base na experiência do Observatório de Educação Popular em Saúde, os autores argumentam que a valorização dos saberes comunitários, das práticas culturais e dos processos de escuta coletiva é basilar para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública, marcados por desigualdades sociais agravadas e por retrocessos políticos. A articulação entre práticas profissionais e movimentos sociais, portanto, é vista como via potente para reconstruir o projeto democrático da saúde no país.

Essa mesma lógica de articulação entre sujeitos e saberes é observada no estudo de Heidemann et al. (2023), que comparou práticas de promoção da saúde na APS de Florianópolis (Brasil) e Girona (Espanha). Enquanto em Girona os profissionais priorizavam os determinantes sociais, em Florianópolis destacava-se a educação popular e a participação comunitária como vetores centrais. Em ambos os contextos, contudo, a interdisciplinaridade e o diálogo com a comunidade emergiram como forças mobilizadoras para o fortalecimento do cuidado em saúde.

Igualmente, Lourenço et al. (2023) demonstram, a partir do manejo da tuberculose na APS, que a educação permanente em serviço, orientada pelos princípios da EPS, foi capaz de ampliar a capacidade resolutiva das equipes multiprofissionais, humanizar o atendimento e promover corresponsabilização entre usuários e profissionais. A incorporação dos saberes locais, aliada à articulação intersetorial, demonstrou que práticas educativas emancipatórias qualificam o cuidado e ampliam o poder de ação da própria comunidade sobre sua saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões desenvolvidas ao longo deste artigo evidenciam que a Educação em Saúde, quando orientada por

princípios dialógicos, emancipadores e territorializados, é um dispositivo necessário na construção de práticas de cuidado voltadas à equidade social. Pois, ela emerge como eixo estruturante de um modelo de atenção comprometido com a transformação das desigualdades em saúde, especialmente quando articulada à atuação multiprofissional e à valorização dos saberes das comunidades.

A partir da análise dos estudos incluídos na revisão, torna-se evidente que práticas educativas centradas no diálogo e na escuta ativa potencializam o envolvimento das populações em situação de vulnerabilidade, permitindo-lhes assumir posição ativa na produção do cuidado e no enfrentamento das determinações sociais da saúde. As experiências apresentadas demonstram que, em territórios marcados por exclusão histórica, a atuação integrada de equipes multiprofissionais favorece a reconstrução dos vínculos entre os serviços e os sujeitos, contribuindo para a humanização das relações, a ampliação do acesso e o fortalecimento do protagonismo comunitário.

O protagonismo, neste caso, não se restringe a uma participação simbólica nos espaços de gestão ou em atividades educativas, visto que, ele se concretiza na apropriação crítica das condições que determinam o processo saúde-doença e na capacidade das comunidades de construir respostas coletivas a partir de seus próprios repertórios culturais e experiências de vida. Isso só é possível quando os profissionais de saúde, inseridos em equipes interdisciplinares, rompem com modelos prescritivos e verticalizados, reconhecendo o valor epistemológico dos saberes populares e abrindo espaço para a construção de projetos terapêuticos compartilhados.

A equidade social, desse modo, exige o reconhecimento das desigualdades estruturais que perpassam as condições de vida das populações, bem como a implementação de práticas pedagógicas e assistenciais que problematizem essas desigualdades e contribuam para sua superação. A Educação em Saúde, nesse contexto, adquire centralidade como mediação crítica entre o saber técnico e os saberes cotidianos, entre a política pública e a vida concreta nos territórios.

Ao articular essas dimensões, os estudos analisados reafirmam que a formação contínua das equipes de saúde, o fortalecimento das ações educativas nos territórios, a criação de espaços de escuta e participação e o reconhecimento das diversidades culturais são elementos para consolidar uma política de saúde pública realmente comprometida com a justiça social. A prática multiprofissional, quando sustentada por valores como solidariedade, horizontalidade e corresponsabilização, torna-se catalisadora de mudanças que transcendem o cuidado individual e incidem sobre as dinâmicas coletivas de saúde, pertencimento e cidadania.

Em uma última abordagem, a presente revisão aponta que é preciso avançar na institucionalização de políticas de Educação em Saúde que tenham como núcleo o protagonismo das comunidades, a formação crítica dos profissionais e a articulação intersetorial. É imperativo compreender que a produção da saúde se dá nos consultórios, unidades básicas e nos encontros entre sujeitos, territórios e saberes, onde se tecem as possibilidades de uma sociedade mais justa, solidária e equânime.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e200171, 2020.
- ALVES, H. J. et al. Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e2209, 2023.
- BARBOSA, Emina Camille Silva et al. Sexualidade na adolescência e população negra: relato de experiência de educação em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 2, 2023.
- BORGES, Silier Andrade Cardoso et al. Notas preliminares para a descolonização da educação em saúde no Brasil. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, p. e18947-e18947, 2023.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra queda de óbitos por aids, mas doença ainda mata mais pessoas negras do que brancas**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/brasil-registra-queda-de-obitos-por-aids-mas-doenca-ainda-mata-mais-pessoas-negras-do-que-brancas>. Acesso em: 15 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)**. Instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 225, p. 62, 20 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Saúde lança painel de doenças e agravos na população por raça e cor**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/saude-lanca-painel-de-doencas-e-agravos-na-populacao-por-raca-e-cor>. Acesso em: 15 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **No Brasil, raça/cor ainda é um determinante social que afeta negativamente a saúde das pessoas negras**. Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/no-brasil-raca-cor-ainda-e-um-determinante-social-que-afeta-negativamente-a-saude-das-pessoas-negras>. Acesso em: 15 maio 2025.
- COELHO, J. S. et al. Educação popular no SUS: desafios atuais no olhar do Observatório de Educação Popular em Saúde e Realidade Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 2081–2090, 2024.
- CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.
- COSTA, Jefferson Silva; CARMEIRO-LEÃO, Ana Maria dos Anjos. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. **Revista Sustinere**, v. 9, n. 2, p. 1-19, 2021.
- CRUZ, P. J. S. C. et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230550, 2024.
- DONADELI, Rafael Lourenço et al. Desafios e oportunidades na promoção da equidade em saúde: perspectivas para políticas públicas e intervenções comunitárias. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 1, p. 191-202, 2024.
- EGAÑA-ROJAS, D. et al. Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 52, n. 10, p. 656–664, 2020.
- FERNANDES, R. S. et al. Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210142, 2022.
- FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200806, 2021.
- FRUTUOSO, J. T.; CANTOS, G. A. Assistência à saúde integral: ações e reflexões biocêntricas da atuação multidisciplinar e interdisciplinar. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 19, n. 43, p. 80–92, 2022.
- HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Práticas de promoção da saúde na atenção primária: comparação entre Florianópolis-Brasil e Girona-Espanha. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, e20230075, 2023.
- JAFELICE, G. T.; SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 18, n. 1, p. 17–25, 2022.
- KAYSIN, A. et al. Strategies for sustained empowerment of community health workers: a qualitative analysis of the Comprehensive Rural Health Project in Jamkhed, India.



Journal of Primary Care & Community Health, London, v. 15, 2024.

LAVERACK, Glenn. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. **Journal of Health, Population and Nutrition**, p. 113-120, 2006.

LEITE, Jade Gonçalves Castilho; VIANA, Claudemir Edson. Educação em Saúde: a Educomunicação como tecnologia de mobilização social. **Revista Mediação**, v. 26, n. 36, p. 1-12, 2024.

LOURENÇO, L.; SANTA CRUZ, K.; MERHY, E. E. Prácticas de educación permanente en atención primaria de la salud para el abordaje de personas usuarias con tuberculosis. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 19, e4542, 2023.

MACHADO, Helenira Macêdo Barros et al. Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde-doença da população. **Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política**, v. 3, n. 6, p. 6086-6102, 2023.

MACHADO, L. D. S. et al. Finalidades da interdisciplinaridade na residência multiprofissional em saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v. 26, e262337744, 2023.

MANRÍQUEZ-HIZAUT, M. et al. Experiencias de salud mapuche en Atención Primaria de Salud desde trabajadores sanitarios y usuarios/as en zona urbana de Chile. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 1, e210022, 2022.

MARIO, Camila Gonçalves de. Determinantes sociais da saúde: apontamentos para uma abordagem crítica. **Mediações**, Londrina, v. 28, n. 3, p. 1-18, set./dez. 2023.

MELO, M. F. G. A. et al. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica como estratégia multiprofissional para a melhoria da assistência à saúde da comunidade: um relato de experiência. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 11, n. 1, p. 01–07, 2023.

MENESES, M. N. et al. Educação Popular em Saúde: significado da experiência na formação de Agentes Comunitários de Saúde. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 40, e1446, 2024.

MORISHITA, L. T. K.; VENDT, L. C.; CAMPOS, F. V. Processo de ensino e aprendizagem com foco em interdisciplinaridade e trabalho em equipe na atenção primária à saúde: relato de experiência. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 4, n. 2, p. 256–267, 2023.

NASCIMENTO, Hiata Anderson. Entre Paulo Freire e a teoria decolonial: diálogos na educação em saúde. **Revista Eixo**, v. 9, n. 1, p. 36-47, 2020.

NOGUEIRA, Denise Lima et al. Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2022.

NUTBEAM, Don; KICKBUSCH, Ilona. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. **Health promotion international**, v. 15, n. 3, p. 183-184, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>. Acesso em: 15 maio 2025.

RODRIGUES, Rosa Maria; MORAES, Ana Cristina; SILVA, Gilson Fernandes. Educação permanente e Sistema Único de Saúde. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 7, n. 1, p. 7-8, 2021.

SÁNCHEZ-HERRERO, Héctor et al. Young Spanish epidemiologists and public health professionals: job insecurity as way of life?. **Gaceta Sanitaria**, v. 35, n. 3, p. 304-306, 2020.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos et al. Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025.

SILVA, A.; LORENA, S. Vivências de preceptores da atenção primária acerca da prática da educação popular em saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 22, e20249597, 2024.

SILVA, Maria Edna Bezerra; ANUCIAÇÃO, Diana; TRAD, Leny Alves Bonfim. Violência e vulnerabilização: o cotidiano de jovens negros e negras em periferias de duas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e04402023, 2024.

SOUSA, Joab Gomes Silva et al. **Educação em Saúde sob a Perspectiva Docente**: da Teoria à Prática na Atenção Primária. Formiga (MG): Editora MultiAtual, 2024. 116 p.

SPAGNOL, C. A. et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 6, p. 185–195, 2022.

TURESSO, Juliane Fatima; MÉLO, Tainá Ribas. Equidade em saúde na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 16, n. 2, p. 546-562, jul./dez. 2023.

VILLA-VÉLEZ, L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1433–1442, 2020.



WALLERSTEIN, Nina; BERNSTEIN, Edward. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. **Health education quarterly**, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1988.

WARREN, Jasmine L. The case for understanding interdisciplinary relationships in health care. **The Ochsner Journal**, v. 23, n. 2, p. 94, 2023.

