

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS DE FLORIANÓPOLIS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Andreza Carolina Rodrigues Castanho

Cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepção de gestores e profissionais da eMulti.

FLORIANÓPOLIS

2026

Andreza Carolina Rodrigues Castanho

Cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepção de gestores e profissionais da eMulti.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.

FLORIANÓPOLIS/SC

2026

Rodrigues Castanho, Andreza Carolina

Cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepção de gestores e profissionais da eMulti. / Andreza Carolina Rodrigues Castanho ; orientadora, Walter Ferreira de Oliveira, 2026.

173 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Equipe Multidisciplinar na APS (eMulti). 3. Atenção Psicossocial. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Ferreira de Oliveira, Walter. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Andreza Carolina Rodrigues Castanho

Cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepção de gestores e profissionais da eMulti.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado, em 04 de fevereiro de 2026, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Elyana Teixeira Sousa, Dra.

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2026

AGRADECIMENTOS

A realização do mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade Federal de Santa Catarina, foi a realização de um sonho, que me permitiu abrir portas para novos conhecimentos conectados à minha vida e prática no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo dessa jornada, ressignifiquei várias inquietudes que me acompanham no cotidiano do SUS, reconhecendo e nomeando os fenômenos que atravessam minha prática profissional. Esse processo de compreensão teve um valor imenso, pois contribuiu tanto para minha atuação como psicóloga do SUS quanto para meu desenvolvimento pessoal, ao tornar mais claro o sentido do meu trabalho e o caminho que desejo trilhar.

Nesse percurso desafiador muitas pessoas queridas estiveram ao meu lado, e me satisfaz imensamente agradecê-las, especialmente agora com a conclusão desta etapa tão importante e significativa em minha vida.

Agradeço aos meus pais, que jamais largam a minha mão durante toda a minha vida. E como não poderia ser diferente, eles estavam presentes durante esta jornada, sobretudo me auxiliando com as rotinas diárias do meu filho para que eu pudesse me dedicar aos meus estudos.

Ao meu esposo e companheiro, que renunciou a dias de descanso e lazer para sustentar meus compromissos acadêmicos e profissionais, sempre ouvindo meus anseios e oferecendo suporte nos momentos mais desafiadores.

Ao meu filho, cujo amor me impulsiona a buscar o melhor para nós, também mesmo sem compreender plenamente, renunciou aos seus momentos de lazer ao meu lado.

Ao meu orientador, Dr. Walter, que me instigou a reconhecer as minhas habilidades e, com autonomia pude produzir este estudo. Suas orientações quanto à pesquisa foram extremamente significativas e fundamentais para meu desenvolvimento como pesquisadora. Sou igualmente grata pelos conhecimentos compartilhados nas aulas, pela sua trajetória profissional inspiradora e pelo vasto saber que generosamente transmite.

Agradeço aos meus primos Alexandre e Bruna, que me acolheram em Florianópolis por dois anos, fazendo com que eu me sentisse em casa. Essa

convivência me permitiu dedicar-me aos estudos com tranquilidade, contando sempre com a agradável companhia deles e com um bom repouso ao final dos dias de aula.

RESUMO

Nos últimos anos, observa-se aumento nas demandas de saúde mental, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), acompanhado pela ascensão de correntes políticas que defendem a redução de políticas públicas. A união desses dois fatores configura-se como um entrelaçamento complexo que impõe grandes desafios para gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao acesso e à integralidade do cuidado. Em resposta, a criação da Equipe Multiprofissional na APS (eMulti) emerge como uma estratégia para fortalecer a atuação interdisciplinar e ampliar o escopo de cuidado na APS. Esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção de representantes da gestão e dos profissionais da eMulti sobre o cenário do cuidado em saúde mental na APS, com foco nas dificuldades, potencialidades e estratégias de aprimoramento. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, realizada com cinco municípios da região nordeste de Santa Catarina: Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá e Joinville, com levantamento dos dados entre janeiro e julho de 2025. Para coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas com 22 participantes, entre profissionais e representantes da gestão. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo, na sua vertente temática, que infere um tema como conceito central e o desmembra em subtemas, considerando o que as entrevistas revelaram. Os resultados permitiram reconhecer que a criação da eMulti não assegura a resolutividade do cuidado. Entre os entraves estão a falta de diretrizes claras sobre a organização do trabalho da eMulti, o predomínio do modelo biomédico, dos atendimentos individuais e do cuidado fragmentado. Além disso, observa-se a alta demanda por cuidado em saúde mental, a superespecialização dos profissionais e o distanciamento da eMulti do território, com atuação restrita às paredes dos consultórios das unidades de saúde. Entre as mudanças organizacionais promovidas por esta modalidade de equipe de apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF), destaca-se a ampliação da dimensão clínico-assistencial do Apoio Matricial (AM) e o deslocamento da centralidade da dimensão pedagógica. Ademais, observou-se a carência de espaços formativos que promovam troca de saberes e resistência a um modelo antimanicomial e contra hegemônico.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Equipes Multidisciplinar na APS (eMulti), Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in mental health demands, particularly within Primary Health Care (PHC), accompanied by the rise of political currents that advocate for the reduction of public policies. The combination of these two factors constitutes a complex intertwining that poses significant challenges for managers and professionals in the Unified Health System (SUS) particularly regarding access and the comprehensiveness of care. In response, the creation of the Multiprofessional Team in PHC (eMulti) emerges as a strategy to strengthen interdisciplinary practices and expand the scope of care within PHC. This study aimed to understand the perceptions of management representatives and eMulti professionals regarding the current landscape of mental health care in PHC, with a focus on difficulties, potentials, and strategies for improvement. It is an exploratory-descriptive study conducted in five municipalities in the northeastern region of Santa Catarina: Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá e Joinville, with fieldwork carried out between January and July 2025. Data were collected through semi-structured interviews with 22 participants, including professionals and management representatives. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using Thematic Content Analysis, which identifies central themes and unfolds them into subthemes based on the material collected. The results indicate that the creation of the eMulti does not necessarily guarantee the problem-solving capacity of care. Among the main barriers are the lack of clear guidelines for organizing the eMulti's work, the predominance of the biomedical model, and the persistence of individual and fragmented care. In addition, the study highlights the high demand for mental health care, the excessive specialization of professionals, and the eMulti's limited engagement with the local context, with activities concentrated primarily within clinical settings. Regarding organizational changes promoted by this new support structure for the Family Health Strategy (ESF), the findings point to an expansion of the clinical-assistive dimension of Matricial Support (AM) and a displacement of the pedagogical dimension, previously central in the Family Health Support Center (Nasf). Moreover, the results reveal a lack of formative spaces that foster the exchange of knowledge and a resistance to adopting an antimanicomial and counter-hegemonic model of care.

Keywords: Unified Health System; Mental Health; Psychosocial Care; Multiprofessional Teams in PHC (eMulti); Primary Health Care.

APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação em psicologia, entre 2002 e 2006, encontrei na formação uma afinidade profunda com o tema da atenção psicossocial. Nesse período, minha mãe já era profissional do SUS. Em 2009, quando me tornei servidora pública, fui designada a atuar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-I de São Francisco do Sul/SC. Nesse mesmo período, minha mãe me apresentou a colegas que já atuavam na Rede de Atenção Psicossocial de Joinville/SC, as quais se tornaram importantes inspirações para minha trajetória. O cenário daquela época revelava um movimento intenso pela Luta Antimanicomial neste município, cujas vozes e ações se tornaram referências fundamentais para mim.

Eu tive a alegria de participar de encontros significativos, como a IV Conferência Nacional de Saúde Mental na etapa estadual, além de outros encontros de militância que ampliaram meu horizonte. Em 2013, passei em novo concurso e comecei a atuar no CAPS-I de Araquari/SC, e durante o meu percurso profissional tive também o privilégio de integrar o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).

Contudo, apesar de vivenciar os anos de “ouro”, quando os avanços da Reforma Psiquiátrica me pareciam certos, também presenciei o enfraquecimento deste movimento na região, a redução de recursos e investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e, por fim, a revogação dos parâmetros e financiamento do Nasf. Foi um dos períodos mais austeros da minha trajetória: quando aquilo em que acreditava parecia desmontar-se e inviabilizar-se. E, justamente nesse tempo mais sombrio, recebi a notícia de ter passado no mestrado de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Entre percalços e obstáculos, o saber adquirido pela pesquisa e pelo estudo transformou-se em resistência e na capacidade de florescer em solo árido.

Ao pensar no tema da minha pesquisa, considerei outras possibilidades, mas a experiência me chamou de volta, insistente. Foi a inquietação diante dos entraves na prática diária no SUS que me conduziu ao objeto que sempre me mobilizou: fortalecer a defesa pelo Movimento Antimanicomial e a garantia de uma política de saúde pública abrangente, universal e equitativa. E como não poderia ser diferente, escolhi realizar a pesquisa em minha “casa”, e foi por isso que esta pesquisa foi composta pelos municípios da região nordeste de Santa Catarina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do tempo dos principais documentos legais referentes ao Nasf até a criação da eMulti	Erro! Indicador não definido.
Figura 2 - Linha do tempo dos principais marcos históricos relacionados à organização da APS, com ênfase no Nasf e eMulti.	577
Figura 3 - Etapas da Pesquisa	666
Figura 4 - Fluxograma da seleção dos trabalhos para a revisão de literatura sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família. .	755

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de equipes de Nasf-AB por município na região nordeste de Santa Catarina nos anos 2017 a 2019.	499
Tabela 2 - Número de equipes EM por município nos anos de 2020 a 2022.	50
Tabela 3 - Comparação do número de equipes, profissionais e carga horária das equipes EM nos municípios no ano de 2023 e das equipes eMulti no ano de 2024.	51
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico dos representantes da gestão entrevistados.	82
Tabela 5 - Perfil sociodemográficas dos profissionais que participaram da entrevista.	833

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Comparativo entre a Portaria MS/GM nº 154/2008 (Nasf) e a Portaria MS/GM nº 635/2023 (eMulti).	433
Quadro 2 - Perfil dos municípios da região nordeste do estado de Santa Catarina: População, Área Territorial, Principais Atividades Econômicas e organização da RAPS.	60
Quadro 3 - Códigos representados por categoria profissional.	688
Quadro 4- Apresentação do tema central 01, Subtema 01 e 02, e categorias emergentes pela análise temática.	844
Quadro 5 - Apresentação do Central 02, Subtema 01, 02 e 03, e categorias emergentes pela análise temática.	855

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença por coronavírus 2019
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DESF	Departamento de Saúde da Família
eAP	Equipe da Atenção Primária
eESF	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
EM	Equipe Multiprofissional
eMulti	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
eNasf	Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa ‘de volta para Casa”
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Reforma Sanitária
SES/SC	Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1	CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	23
3.2	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PONTO DE PARTIDA: HISTÓRIA DAS EQUIPES DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
3.2.1	Núcleo Ampliado de Saúde da Família: conceito, composição e principais atribuições	26
3.2.2	Apoio Matricial e o processo de trabalho	29
3.3	DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO MODELO ANTIMANICOMIAL: A IMPORTÂNCIA DO APOIO MATRICIAL PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	32
3.3.1	Do Núcleo Ampliado de Saúde da Família à Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde: avanços e retrocessos	34
3.3.2	eMulti: diretrizes e modalidades de equipes	40
3.4	A TRANSIÇÃO DOS MODELOS DE EQUIPE DE APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (NASF E EMULTI) NA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA	46
3.5	O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	53
4	METODOLOGIA	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	59
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	59
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	62
4.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO	64
4.5	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	65
4.6	COLETA DE DADOS.....	67
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	68

4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	70
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	72
5.1	INTRODUÇÃO	72
5.1.1	Revisão de literatura	73
5.1.2	O encontro com o campo: impressões e descobertas	76
5.1.3	Perfil dos participantes	81
5.2	PERCEPÇÃO DE REPRESENTANTES DA GESTÃO E PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM A EMULTI SOBRE O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	84
5.2.1	Cenário de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde	86
5.2.1.1	Compreensão sobre eMulti – nova equipe de apoio à Atenção Primária à Saúde	86
5.2.1.2	“Terra de ninguém”: Predomínio do modelo biomédico e seus efeitos na consolidação da eMulti	91
5.2.2	O processo de trabalho da eMulti	97
5.2.2.1	Estratégias de organização do trabalho.....	97
5.2.2.2	A construção do trabalho interdisciplinar para o apoio matricial e a promoção do cuidado	108
5.2.2.3	O desafio de ser eMulti – barreiras e caminhos para superação	119
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICE A – Questionário (Representantes da Gestão)	150
	APÊNDICE B – Dados Sociodemográficos (Profissionais e Representantes da Gestão)	151
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista (Representantes da Gestão)	152
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista (Profissionais)	153
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
	APÊNDICE F – Cartas de anuência institucional	157
	APÊNDICE G – Quadro com artigos selecionados para a revisão de literatura – Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família	166

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

As recomendações da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) são direcionadas para a reorientação do modelo de atenção hospitalocêntrico, enfatizando o território como espaço privilegiado de cuidado. Apesar dos avanços substanciais promovidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), ainda não atingimos a efetividade adequada para lidar com a complexidade das necessidades de cuidado em saúde mental (Almeida, 2019; Conceição, 2023; Sampaio; Bispo Jr, 2020).

Embora a implementação do modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como principal investimento da PNSM, tenha alcançado resultados exitosos para a desconstrução do modelo manicomial, ele constituiu-se ao longo dos anos distante da Atenção Primária à Saúde (APS). Tal realidade, contribui para um desencontro da lógica do cuidado das pessoas em sofrimento psicossocial no território, próximo da família e comunidade, configurando a dificuldade de se estabelecer uma atenção em saúde mental resolutiva, capaz de promover cuidados contínuos, integrais e longitudinais (Figueiredo; Campos, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2022, informou que as condições de saúde mental são altamente prevalentes a nível global, além de serem consideradas as principais causas de anos vividos com incapacidade. Destaca-se ainda, o evidente aumento da população em sofrimento psíquico nos últimos anos, decorrente do período pandêmico da COVID-19. Não obstante, os dados desse relatório revelam que, a cada ano, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio no mundo, e aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de média e baixa renda.

No Brasil, o Boletim Epidemiológico nº 4 (2024), do Ministério da Saúde, revela que, embora o país não apresente taxas elevadas de suicídio em um contexto global, existe a preocupação crescente com a tendência de aumento da mortalidade por essa causa. Em 2021, por exemplo, ocorreram mais de 15,5 mil suicídios, o que equivale a uma morte a cada 34 minutos. Essa realidade, consolidou o suicídio como um grave problema de saúde pública no país (Brasil, 2024b).

As questões como abuso sexual infantil e o racismo são exemplos importantes de causas de sofrimento psíquico. Assim como as desigualdades sociais e

econômicas, as emergências de saúde pública, as guerras e as crises climáticas, estão todos associados ao sofrimento psicossocial das pessoas (OMS, 2022).

Além dos problemas específicos de saúde mental, existe um componente subjetivo associado a outros problemas de saúde. Muitas vezes ele está associado a dificuldade de adesão ao tratamento, ou ao fator de risco a outras condições de saúde (Brasil, 2010b). Por exemplo, uma pessoa em acompanhamento decorrente de diabetes e que, ao mesmo tempo, não vê tanto sentido na vida, pode ter maior dificuldade em aderir estratégias de promoção de saúde e controle do diabetes. Nesse sentido, a ampliação da clínica das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), através de uma abordagem mais abrangente e integral, poderia contribuir para maior resolutividade não apenas de queixas específicas de sofrimento psíquico.

No mundo inteiro, apenas uma pequena fração das pessoas com necessidade de atenção à saúde mental possuem acesso a estratégias de cuidado eficazes e de qualidade. Considerando essa realidade, a OMS (2022) destaca a importância da integralidade da saúde nos serviços da APS. Adotar uma abordagem ampliada, que valorize as dimensões culturais, sociais e emocionais além da biológica, assegura que as condições de saúde física e mental recebam atenção simultaneamente. Isso não apenas amplia o acesso ao cuidado do sofrimento psíquico, mas também contribui para redução do estigma associado a ele.

Nesse contexto, surge no Brasil no ano de 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com a proposta de ampliar a capacidade resolutiva da ESF, atuando como uma equipe de retaguarda técnico-pedagógica e clínico-assistencial (Brasil, 2010a). A proposta de origem do Nasf, apresenta o Apoio Matricial (AM) como eixo central de sua atuação. Essa metodologia de trabalho em saúde, formulada pelo médico sanitário Gastão Wagner Campos, propõe a integração de diferentes especialistas e níveis de cuidado dentro do sistema de saúde, visando superar a fragmentação do cuidado (Chiaverini, 2011).

A corresponsabilização entre os profissionais da ESF e os profissionais especialistas é apresentada como alternativa à transferência do cuidado de um nível de atenção para outro. O apoio matricial possui duas dimensões de suporte: a primeira é a assistencial, que produz a ação clínica direta dos especialistas com os usuários; e a segunda dimensão é a de ação técnico-pedagógica, que produz ação de apoio

educativo aos profissionais da ESF. Essas duas dimensões se misturam na prática diária das equipes de apoio (Brasil, 2010b).

No campo da saúde mental, a equipe do Nasf visava fortalecer e contribuir com a resolutividade dos problemas de sofrimento psicossocial individuais e coletivos, propondo inovações nas práticas de cuidado e a ampliação do conceito de saúde-doença. A atuação da equipe do Nasf junto às equipes da ESF buscava amparar a mudança de paradigma do modelo biomédico, valorizando a interdisciplinaridade e uma visão biopsicossocial dos problemas de saúde (Guimarães *et al.*, 2023).

A literatura destaca que apesar de esse modelo de cuidado ser respaldado pelas políticas públicas em saúde no Brasil, os profissionais da ESF permanecem priorizando o cuidado através da medicalização e dos encaminhamentos para os serviços especializados (Coelho *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2020; Barros *et al.*, 2019; Rotoli, *et al.*, 2019). Essa prática é fundamentada na avaliação de sinais e sintomas de transtornos mentais, com o objetivo curativo de doenças, limitando a resolutividade da saúde mental e psicossocial do território.

As dificuldades reconhecidas na consolidação do trabalho do Nasf ao longo de sua trajetória justificam-se não apenas por questões referentes ao financiamento, mas também pela inserção dos profissionais em disputas de espaço com o modelo hegemônico biomédico. A consolidação do Nasf, portanto, dependia de mudanças processuais, permeadas por disputas na concepção de cuidado e de ideologias políticas (Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

Nesse sentido, em janeiro de 2020, durante o governo do presidente Jair Messias Bolsonaro (PL), através da nota técnica nº 3, do Ministério da Saúde (MS), as normas que definiam o Nasf e o seu custeio foram revogadas (Brasil, 2020). Até maio de 2023, quando surgiu a Portaria MS/GM nº 635 (Brasil, 2023a), retomando o financiamento federal e apresentando diretrizes para a nova equipe multiprofissional na atenção primária à saúde (eMulti), as equipes permaneceram sem subsídio e regulação do MS, criando um cenário de fragilização da integralidade do cuidado e de incertezas com relação ao futuro dessas equipes.

Instituída no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT), a nova equipe reacendeu a expectativa de fortalecimento da atuação interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde. Contudo, a Portaria que instituiu o incentivo financeiro para implantação, custeio e definição do desenho da eMulti não deixou clara a ênfase

esperada no modelo de cuidado na APS. Desde a publicação da Portaria até o momento, já se passaram dois anos, sem que tenham sido publicados outros documentos que apresentem orientações sobre o processo de trabalho, bem como sobre os fluxos e as pactuações esperadas com as equipes da Estratégia Saúde da Família (Bispo Jr.; Almeida, 2023). Esse cenário favorece que cada município desenvolva sua própria lógica de organização do trabalho, o que dificulta a consolidação de uma identidade nacional para as eMulti.

A falta de clareza sobre os resultados esperados das ações da eMulti e as indefinições com relação às questões operacionais, perpetuam o tensionamento com relação às concepções práticas multiprofissionais: de um lado, o modelo tradicional, com foco nos atendimentos individuais e curativos, e do outro, o modelo psicossocial, pautado na lógica da clínica ampliada e do apoio matricial. Nesse contexto, questiona-se: qual é o cenário do cuidado em saúde mental na APS na região nordeste de Santa Catarina?

O foco deste estudo, portanto, será analisar as percepções de profissionais da eMulti e de representantes da gestão sobre o cenário de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, especificamente nos municípios de Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá e Joinville. A escolha da região nordeste de Santa Catarina justifica-se pela diversidade de portes populacionais e arranjos organizacionais dos serviços de saúde nos municípios, com potencial de análise comparativa entre distintas realidades. Esses aspectos favorecem uma análise ampla sobre as formas de organização e consolidação do cuidado em saúde mental na APS.

Diante do exposto, pretende-se através desse estudo, agregar valor ao desenvolvimento científico ao reconhecer a importância dos aspectos sociais, políticos e culturais na construção e transformação das políticas públicas de saúde mental e da APS. No campo prático da formulação de políticas e do modelo de cuidado em saúde mental, espera-se que a compreensão das mudanças ocorridas nos últimos anos no serviço de apoio da APS e nas estratégias de cuidado em saúde mental, contribuam para discussões relevantes na região.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de profissionais da eMulti e de representantes da gestão dos municípios da região nordeste de Santa Catarina sobre o cenário de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Compreender a percepção de profissionais e de representantes da gestão sobre as estratégias de cuidado preconizadas nos documentos normativos que orientam o trabalho da eMulti;
- b. Analisar os desafios e as potencialidades envolvidos na organização do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, considerando as percepções de profissionais da eMulti e de representantes da gestão.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como o primeiro nível de atenção no sistema de saúde, sendo o centro estruturador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os serviços da APS são, normalmente, o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando a função de promover cuidados contínuos, integrais, longitudinais e territoriais, próximos das pessoas e de suas famílias (Alves; Guedes; Ribeiro, 2017).

A APS é considerada no Brasil, um espaço de promoção da equidade e igualdade, levando em conta os determinantes sociais de saúde e priorizando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e da cidadania (Brasil, 2014). Sua estruturação teve forte influência da Declaração de Alma-Ata, produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978. Este importante documento defende a APS como modelo ideal para alcançar “Saúde para Todos”, enfatizando a importância dos cuidados de saúde acessíveis, abrangentes, integrados e baseados na comunidade (Giovanella; Mendonça, 2012).

Barbara Starfield, médica e pesquisadora, contribuiu significativamente para a compreensão dos atributos da APS. Sua abordagem, amplamente difundida no Brasil, pode ser descrita por quatro características. A primeira delas é o acesso de primeiro contato, onde o serviço deve ser a porta de entrada preferencial da população ao sistema de saúde, garantindo o acesso aos cuidados. A segunda é a longitudinalidade, que envolve uma atenção contínua e orientada para o paciente ao longo de sua vida, fortalecendo a relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde. A terceira característica é a integralidade, em que a APS deve considerar todos os aspectos da saúde, incluindo os âmbitos físico, psíquico e social, oferecendo cuidados abrangentes. E por fim, a coordenação dos cuidados, que implica garantir a articulação eficaz dos cuidados necessários, integrando diferentes níveis de atenção à saúde para atender às necessidades individuais e coletivas (Starfield, 2002).

Além dessas características, Starfield enfatiza que os serviços de APS devem ser orientados à comunidade, reconhecendo as principais necessidades de saúde do território e incluindo a comunidade nas decisões sobre sua saúde. Eles também

precisam ser centrados na família, conhecendo os membros que a compõem, entendendo a dinâmica relacional entre eles e abordando os problemas de saúde no contexto familiar. Além disso, os serviços devem ser de competência cultural, garantindo uma comunicação adequada com a comunidade e reconhecendo as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, respeitando suas especificidades culturais (Giovanella; Mendonça, 2012). Esses princípios são fundamentais para a efetividade e equidade da APS, promovendo um sistema de saúde mais integrado e acessível para todos.

Dentro dessa perspectiva, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no Brasil em 1994, com o intuito de reorganizar o sistema de atenção à saúde a partir da APS. Atualmente, o PSF é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e se consolidou como a principal abordagem de atenção à saúde no país. A ESF aprimorou o SUS, promovendo uma organização eficiente do processo de trabalho. A organização da política de saúde com base na APS oferece um grande potencial para ampliar a resolutividade e melhorar a situação de saúde dos sujeitos e comunidades, além de uma relação entre custo e benefício significativo (Brasil, 2009).

As equipes de ESF realizam ações complexas que exigem intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade (Brasil, 2010a). O trabalho dessas equipes é pautado na comunicação e troca de experiência e conhecimento entre os profissionais e a comunidade. As equipes são geralmente formadas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, normalmente, incluem uma ou mais equipe de Saúde Bucal, composta por dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

No campo da saúde mental, o espaço da APS facilita a ruptura com o modelo tradicional de atenção e promove avanços na clínica da atenção psicossocial. O vínculo estabelecido pelas equipes da ESF com a comunidade, favorece o cuidado do sofrimento psíquico no território, próximo às pessoas, suas famílias e rede de apoio, e evita a exclusão dos sujeitos, característico do modelo manicomial (Silva *et al.*, 2013). O cuidado pautado na reabilitação psicossocial pressupõe a construção, em conjunto com as pessoas que sofrem, oportunidades de exercerem a cidadania e de alcançarem o seu potencial de autonomia no território em que vivem (Brasil, 2010a).

Existem princípios comuns à atuação das equipes da APS, com os de saúde mental, como a atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado e organização da rede. Nesse sentido, é fundamental incluir as ações de saúde mental na política de expansão da APS, contribuindo para a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania (Brasil, 2010a).

Dentro da APS, com o objetivo de ampliar o escopo das ações, bem como a sua capacidade resolutive de problemas de saúde, foram criados em 2008 o Nasf. Composto por diversas categorias profissionais (psicólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico homeopata, entre outros), deveriam atuar em parceria com os profissionais da ESF (Brasil, 2008). Entretanto, a portaria que instituiu essas equipes foi revogada no ano de 2020.

Ocupando a lacuna deixada pelo Nasf, atualmente estão inseridas na APS as equipes multiprofissionais (eMulti), também compostas por profissionais de diferentes categorias da saúde que atuam de forma complementar e integrada às demais equipes da APS. Essas equipes são corresponsáveis pela população e pelo território, trabalhando por meio da articulação intersetorial e com a RAS (Brasil, 2023a).

As eMulti desempenham um papel fundamental no cuidado em saúde mental, compartilhando responsabilidades com as demais equipes da APS e contribuindo com a resolutividade dos problemas de sofrimento psicossocial presentes no território, propondo inovações das práticas de cuidado e a ampliação do conceito saúde doença (Bispo Jr; Almeida, 2023).

Diante do exposto, observa-se que pensar no cuidado da saúde mental na APS é essencial. Para isso, é necessário compreender as mudanças ocorridas nas práticas de cuidado em saúde mental no Brasil, para que se possa vislumbrar as perspectivas futuras, visando a formulação de políticas públicas e o fomento de práticas de cuidado que englobam a resolutividade, a integralidade e a qualidade do cuidado. No próximo tópico, abordaremos sobre o Nasf como o ponto de partida para produzir práticas de cuidado em saúde mental na APS no Brasil.

3.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PONTO DE PARTIDA: HISTÓRIA DAS EQUIPES DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família: conceito, composição e principais atribuições

O Núcleo de Apoio de Saúde da Família (Nasf), foi criado no ano de 2008, com objetivo primordial de oferecer suporte às equipes da APS, com foco na melhoria da resolutividade e da qualidade do cuidado ofertado. Além do mais, foi constituído com a intenção de buscar a ampliação do conjunto de cuidados disponíveis na APS e o acesso da população a essas ações (Brasil, 2014).

Com grandes desafios, a equipe do Nasf teria como atributo o comprometimento com a promoção de mudanças na prática de cuidado na APS, atuando em ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura (Brasil, 2010a). A prática dessa equipe enfatizava a humanização do cuidado, a educação permanente, a promoção da integralidade e a organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2014).

A função do Nasf não era de servir como porta de entrada no sistema, mas sim, desempenhar um papel integrador na Rede de Atenção à Saúde (RAS), respondendo às demandas identificadas no território pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (eESF). A responsabilização compartilhada entre os profissionais da ESF e do Nasf, visava superar a prática do encaminhamento baseada nos processos de referência e contrarreferência, promovendo o acompanhamento longitudinal e fortalecendo o papel das equipes da APS de coordenação do cuidado (Brasil, 2008).

A equipe do Nasf (eNasf) deveria também apoiar a articulação com outros equipamentos da rede de saúde e intersetorial, considerando o contexto do território ou os problemas sociais envolvidos nas demandas apresentadas pelos usuários (Queiroz, 2020).

A Portaria MS/GM nº 154/2008 que cria o Nasf, originalmente classificava a equipe em duas modalidades, o tipo 1 e o 2. O primeiro deveria ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, e o segundo por no mínimo três. Além disso, a Portaria recomendava ao menos um profissional da área de saúde mental em cada equipe (Brasil, 2008). No ano de 2010, foi criado o Nasf na modalidade 3,

atendendo a prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2010b), revogada no ano seguinte.

Em 2012, a Portaria MS/GM nº 3.124 redefiniu os parâmetros de vinculação dos Nasf. A modalidade 1 passou a ser composta por profissionais cuja carga horária somasse 200 horas semanais, vinculadas a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF e/ou equipes da Atenção Básica (AB)¹ para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). A modalidade Nasf 2, por sua vez, passou a ser composta por profissionais cuja carga horária somasse 120 horas semanais, vinculadas a no mínimo três e no máximo quatro equipes de ESF e/ou equipes da AB para populações específicas (Brasil, 2012).

As principais ações atribuídas às eNasf incluíam ações clínicas compartilhadas, intervenções específicas dos profissionais do Nasf e ações compartilhadas nos territórios (Brasil, 2010a).

De acordo com o Caderno da Atenção Básica (CAB) nº 27, as ações clínicas compartilhadas proporcionam uma intervenção interdisciplinar, promovendo a troca de saberes, capacitação e corresponsabilização entre os diferentes profissionais. Essas ações enfatizam o estudo e as discussões de casos e situações (Brasil, 2009b).

Ainda conforme o CAB nº 27, as intervenções específicas dos profissionais do Nasf diretamente com os usuários e suas famílias, de forma individualizada, ocorreriam apenas em situações extremamente necessárias. No entanto, o CAB nº 39, publicado em 2014, apresentou uma nova configuração sobre essa abordagem, sem impor restrições à prática individualizada. Ressaltou, contudo, a importância de um projeto terapêutico elaborado em conjunto com a equipe vinculada (Brasil, 2014).

Por fim, as ações compartilhadas nos territórios seriam desenvolvidas de forma articulada com as equipes da ESF. Exemplos dessas ações incluem a elaboração do projeto de saúde no território, reuniões, trabalhos educativos e ações na comunidade, como em escolas, igrejas, entre outros (Brasil, 2010a).

¹ Durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser denominada Atenção Básica (AB) no contexto brasileiro. Enquanto o termo APS é um conceito global que orienta sistemas de saúde em diversos países, no Brasil, a AB representa a concretização desse conceito, especialmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Giovanella; Mendonça, 2012). Portanto, neste projeto, serão utilizados ambos os termos de acordo com o contexto histórico e os documentos analisados.

O CAB nº 39 sugere como atividades que poderiam compor a agenda dos profissionais do Nasf a reunião de matriciamento, a reunião de equipe do Nasf, o atendimento individual compartilhado e específico, o atendimento domiciliar compartilhado e específico e a atividade coletiva compartilhada (Brasil, 2014).

O Apoio Matricial (AM) é apresentado no CAB nº 27, como eixo estruturante do trabalho do Nasf e apresenta duas dimensões de suporte oferecidas às equipes de ESF, o técnico-pedagógico e o clínico-assistencial (Brasil, 2009b). A primeira refere-se ao apoio educativo em conjunto com os demais profissionais da ESF e a segunda a ação clínica direta com os usuários. Essas duas dimensões se misturavam no dia a dia dos profissionais da equipe de apoio (Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

O AM visa promover a integração e a colaboração entre os diferentes profissionais, propondo a construção compartilhada de um projeto de condutas terapêuticas para um determinado sujeito, família ou grupo (Brasil, 2010a).

Complementar a essa prática, o Nasf foi constituído pautado no modelo de cuidado da Clínica Ampliada que integra abordagens interdisciplinares e intersetoriais para proporcionar um cuidado mais abrangente e resolutivo (Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

Esse modelo surge como uma alternativa ao paradigma tradicional da clínica, característica do modelo biomédico, que possui a doença como objeto científico e de intervenção. Propondo, portanto, a ampliação do objeto de intervenção e conhecimento, incluindo o sujeito e o contexto como parte do objeto de estudo e ações de saúde (Cunha; Prado; Resende, 2022). Esse modelo considera os determinantes sociais de saúde, as condições de vida e as particularidades dos sujeitos e comunidade, promovendo ações que envolvam tanto o cuidado e a prevenção, quanto a promoção da saúde (Brasil, 2010a).

Esse novo modelo de produzir saúde exige capacidade reflexiva para construir estratégias e ações de cuidado em um contexto interdisciplinar, onde cada profissional contribui com diferentes perspectivas, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção da equipe (Chiaverini, 2011).

3.2.2 Apoio Matricial e o processo de trabalho

Desde a sua origem, o Nasf foi significativamente influenciado pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Criada em 2003, a PNH tem como objetivo nortear as práticas de cuidado e gestão do SUS, com o propósito de promover um sistema de saúde mais acolhedor, acessível e integrado (Brasil, 2013).

A PNH busca promover uma comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, fomentando processos coletivos para enfrentar relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras. Sua abordagem transversal, visa orientar todos os programas do SUS, integrando diferentes saberes e fortalecendo a autonomia dos profissionais e dos usuários no cuidado de si, estimulando a construção de soluções coletivas para problemas de saúde. Ao promover o diálogo entre equipes de saúde e comunidade, a PNH reforça práticas de humanização, que são refletidas nos atributos definidos no trabalho do Nasf, integrando e valorizando a participação de todos os envolvidos (Brasil, 2013; Brasil, 2010b).

O Apoio Matricial (AM), por exemplo, é um dos eixos centrais da atuação do Nasf e reflete diretamente os princípios da PNH. Trata-se de uma metodologia de trabalho em saúde, formulada pelo médico sanitário Gastão Wagner Campos. Essa metodologia propõe a integração de diferentes especialistas e níveis de cuidado dentro do sistema de saúde, visando superar a fragmentação do cuidado e promover a assistência integral e resolutive (Chiaverini, 2011; Brasil, 2010a).

O AM se opõe a lógica tradicional de cuidado, buscando atenuar os efeitos dos encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e os centros de regulação, bem como práticas burocráticas e pouco dinâmicas, por meio de ações horizontais entre os saberes e os componentes dos diferentes níveis de assistência (Chiaverini, 2011). Sob essa perspectiva, a corresponsabilização entre os profissionais da APS e os profissionais especialistas é apresentada como alternativa à transferência do cuidado de um nível de atenção para outro.

O conceito de “matriz” em AM, refere-se a ideia de uma base de apoio que estrutura e organiza a assistência de forma integrada e colaborativa. Funciona como um fio condutor de uma relação horizontal entre os profissionais da equipe de

referência e de especialistas, oposto do modelo tradicional dos sistemas de saúde, que é predominantemente vertical (Alves *et al.*, 2024).

Esta tentativa busca romper com o princípio da hierarquização, em que existe uma diferença de autoridade entre aqueles profissionais que encaminham e os que recebem, gerando conseqüentemente, a transferência de responsabilidades e uma relação vertical entre os equipamentos e profissionais do sistema de saúde (Campos; Domitti, 2007). Já o termo “apoio” possui como referência o método Paideia², que apresenta a figura do apoiador institucional e propõe conceitos dialógicos na prática tanto da gestão do trabalho em equipe, quanto da clínica.

A metodologia de trabalho do AM é composta por conceitos como o trabalho compartilhado, a cogestão, a interdisciplinaridade e a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, considerando as dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas (Castro; Campos, 2016). E possui como objetivo a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre os profissionais da equipe de referência e os da equipe de especialistas (Cunha; Campos, 2011).

O objetivo central do AM, portanto, é a ampliação do campo de atuação das equipes de SF e a qualificação de suas ações, por meio de um suporte técnico especializado promovido por uma equipe interdisciplinar de saúde (Chiaverini, 2011). A proposta sugere que o AM ocorra a partir de encontros periódicos, onde são discutidos casos clínicos, elaborados projetos terapêuticos e pactuadas linhas de intervenções. E para os casos imprevistos e urgentes, o AM pode ser acionado diretamente, por meio de comunicação personalizada, como contato telefônico ou eletrônico (Campos; Domitti, 2007).

Uma ferramenta fundamental do AM é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esse instrumento é definido, conforme o CAB nº 27, como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo. Esse processo resulta de uma discussão colaborativa entre os profissionais da APS,

² A metodologia Paideia, proposta por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores, trata-se de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos por meio de uma abordagem integral. Inspirada na noção grega de "educação integral", Paideia promove a capacitação contínua dos profissionais, gestão democrática e cuidado integral e humanizado, considerando aspectos técnicos, éticos, estéticos e políticos. No SUS, a Paideia é aplicada no apoio institucional, matricial e na clínica ampliada. Promove a cogestão participativa, a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado, valorizando a autonomia dos usuários e a colaboração entre profissionais (Campos *et al.*, 2014).

podendo incluir os profissionais especialistas, quando necessário (Brasil, 2010a). O PTS inclui ainda na sua elaboração o usuário e deste modo potencializa a ampliação da eficácia dos tratamentos, na medida que favorece os vínculos e a corresponsabilização entre equipe e usuário (Brasil, 2014).

A função do PTS, portanto, é organizar e coordenar o cuidado de maneira compartilhada, promovendo a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado (Brasil, 2014). A sua aplicação é ampla na atuação da saúde mental, pois possibilita uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e do uso da medicação como estratégia de cuidado dos usuários (Brasil, 2010a).

A construção de um PTS exige que os profissionais compreendam o problema apresentado e conheçam os sujeitos envolvidos na demanda identificada. Isso envolve a história atual do problema, a configuração familiar, a vida social do (s) sujeito (s) e a formulação de um diagnóstico multiaxial (Chiaverini, 2011). Conforme proposto no CAB nº 39, a elaboração de um PTS é composta por quatro momentos: o diagnóstico e análise, a definição de ações e metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (Brasil, 2014).

Na elaboração do PTS as considerações de todos os profissionais das equipes são relevantes, e contribuem para ajudar a entender os sujeitos e os seus problemas de saúde (Brasil, 2010a). Desse modo, a sua prática desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois exige maior articulação entre os profissionais e reuniões de equipe como espaço de encontro, reflexão, discussão e compartilhamento de responsabilidades (Brasil, 2014).

Outras ferramentas úteis no AM são o Genograma e o Ecomapa, ambos são apresentados no CAB nº 39. O Genograma possui o papel de organizar e tornar visual de maneira abrangente a estrutura familiar, seus processos relacionais e principais características, incluindo os problemas de saúde, situação de risco e padrões de vulnerabilidade. Utiliza-se de símbolos padronizados para representar os membros da família e as suas relações.

O Ecomapa é uma ferramenta complementar ao genograma, e é utilizada para mapear as redes de apoio e as interações da família com a comunidade. É também uma representação gráfica, oferecendo uma visão ampliada da rede de suporte familiar (Brasil, 2010a).

O uso das ferramentas apresentadas fornece instrumentos eficazes para o entendimento aprofundado dos problemas de saúde, das dinâmicas familiares e das redes de apoio dos usuários. Esses instrumentos não apenas facilitam a identificação de padrões e necessidades de saúde, mas também promovem uma abordagem integrada e centrada no usuário.

Embora o AM tenha enfrentado ao longo da história desafios significativos em sua implementação, entre seus aspectos favoráveis destacam o seu potencial para melhorar a resolutividade das equipes da APS e a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. Através de uma revisão integrativa, Machado e Camatta (2013) identificaram vantagens do uso do AM, entre eles o seu potencial articulador da rede, promovendo a corresponsabilização dos diversos níveis de organização e apoiando as equipes de SF. Além do mais, essa metodologia facilita a construção coletiva de saberes e melhora a comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores.

O AM amplia o acesso dos usuários aos serviços de saúde, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários e organizando o fluxo de encaminhamentos, conforme a classificação de risco (Castro; Campos, 2016). No campo da saúde mental o AM proporciona a difusão do tema entre os profissionais da equipe de referência, através dos encontros e das trocas cotidianas, contribuindo para a superação de práticas curativas, medicalizantes, individuais e hospitalocêntricas (Machado; Camatta, 2013).

3.3 DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO MODELO ANTIMANICOMIAL: A IMPORTÂNCIA DO APOIO MATRICIAL PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) do Brasil é calcada pela Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, proposta por Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Embora a lei tenha sido aprovada após 11 anos de tramitação no congresso, sendo alteradas partes do texto, tornando a lei menos incisiva do que o projeto original, ela preconiza a extinção dos hospitais psiquiátricos. Deste modo, pode-se afirmar que a PNSM é pautada no modelo antimanicomial.

Esse modelo transcende ao fim dos hospitais psiquiátricos ao propor a desconstrução da cultura manicomial, que trata o sofrimento psíquico como um fenômeno exclusivamente médico e a pessoa em sofrimento como um objeto passivo

(Almeida, 2019). Desta forma, a PNSM propôs e organizou, ao longo dos últimos anos, serviços substitutivos ao modelo tradicional, com abordagens comunitárias e territoriais, com ênfase na reinserção social e na autonomia e independência das pessoas. Entre os serviços substitutivos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o programa “De volta pra casa” foram marcos importantes na ampliação do cuidado psicossocial (Sampaio; Bispo Jr, 2020)

Embora a Reforma Psiquiátrica (RP) tenha alcançado avanços substanciais, como podemos observar, a partir da redução do número de leitos psiquiátricos e no aumento do número de CAPS no Brasil ao longo dos anos, ainda não atingimos a efetividade que abranja a complexidade das necessidades de cuidado em saúde mental (Almeida, 2019; Conceição, 2023; Sampaio; Bispo Jr, 2020).

Queiroz (2020) enfatiza a importância do matriciamento para o avanço da RP. Além dos esforços para criar e fortalecer os serviços substitutivos, é fundamental estender o cuidado de saúde mental para todos os níveis da assistência, sobretudo da APS. Todavia, observa-se a fragilidade das equipes de SF na capacidade de enfrentar as demandas de sofrimento mental que chegam no cotidiano do serviço (Gusmão *et al.*, 2024; Coelho *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2020; Barros *et al.*, 2019; Rotoli *et al.*, 2019). Sob essa perspectiva, o AM possui a atribuição de proporcionar o suporte técnico a essas equipes, bem como a corresponsabilização da equipe especializada pelo cuidado no território (Dimenstein *et al.*, 2009).

O AM incentiva os profissionais da APS a buscarem o suporte da equipe especializada para fornecer cuidados dentro do próprio território, evitando encaminhamentos desnecessários antes da prestação dos cuidados primários. Deste modo, o processo de corresponsabilização e colaboração promovido pelo AM, fortalece a equipe da SF na integralidade do cuidado e instrumentaliza a equipe para a resolução dos problemas cotidianos vivenciados por eles (Queiroz, 2020).

Apesar da necessidade de assistência especializada dos profissionais de saúde mental em casos que exigem uma escuta e conhecimento específicos, a corresponsabilização deve ser preservada. O AM é fundamental para identificar essas situações, garantindo que o usuário permaneça vinculado à equipe de referência (Figueiredo, 2006). Deste modo, espera-se que a corresponsabilização contribua para dissipar a crença de que o cuidado da saúde mental é exclusivo do profissional especialista (Queiroz, 2020).

O AM proporciona um encontro entre os profissionais especialistas e a equipe da SF, promovendo a troca de conhecimentos e experiências. Esse ambiente colaborativo ajuda a equipe de referência a expandir sua prática clínica, favorecendo a escuta, o acolhimento da dor e do sofrimento manifestado no cotidiano da APS (Figueiredo, 2006). Assim, a colaboração entre os diferentes profissionais, a criação de espaços dialógicos, incentivam mudanças no processo de trabalho das equipes da APS, integrando a subjetividade do usuário na prática de cuidado (Alves *et al.*, 2024).

O matriciamento desempenha, portanto, um papel crucial na ampliação da prática clínica ao fortalecer a compreensão do sofrimento dos usuários, para além de questões meramente biomédicas. Ele promove uma abordagem que incorpora aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos, reconhecendo a complexidade do sofrimento e permitindo uma visão mais abrangente e integrada do usuário (Dimenstein *et al.*, 2009).

A qualidade da escuta e a construção de vínculos de confiança entre os profissionais e os usuários são elementos essenciais nesse processo, pois a clínica ampliada valoriza a escuta ativa e o estabelecimento de uma relação de apoio e colaboração (Correia; Barros; Colvero, 2011). Assim, o matriciamento promove uma prática clínica mais sensível e eficaz, que visa não apenas tratar o sofrimento, mas também entender e responder às diversas dimensões da experiência do usuário.

Através da ampliação da clínica, assegura-se o acesso e a promoção da equidade no atendimento a todos que apresentam demanda de sofrimento mental na APS. Deste modo, compreende-se que o AM é uma ferramenta essencial para manter viva a RP, considerando o cuidado para além da compreensão biomédica da medicalização e dos encaminhamentos aos profissionais especialistas (Alves *et al.*, 2024).

3.3.1 Do Núcleo Ampliado de Saúde da Família à Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde: avanços e retrocessos

No campo da saúde mental, a equipe do Nasf visava fortalecer e contribuir com a resolutividade dos problemas de sofrimento psíquico individuais e coletivos, propondo inovações nas práticas de cuidado e a ampliação do conceito de saúde-doença. A atuação da equipe do Nasf junto às equipes da APS, portanto, buscava

amparar a mudança de paradigma do modelo biomédico, valorizando a interdisciplinaridade e uma visão biopsicossocial (Guimarães et al, 2023).

As dificuldades observadas na consolidação do trabalho do Nasf ao longo de sua trajetória justificam-se não apenas por questões referentes ao financiamento, mas também pela inserção dos profissionais nesse espaço de disputa com o modelo hegemônico. Outros desafios incluíam a falta de estratégias de publicações e ações de educação permanente do Ministério da Saúde (MS). A consolidação do Nasf, portanto, dependia de mudanças processuais, permeadas por disputas na concepção de cuidado e ideologias políticas (Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

É importante destacar, como um dos desafios da consolidação do trabalho do Nasf, o tensionamento entre o conceito de saúde como direito, a partir de determinantes sociais, e o de saúde como bem individual e econômico, característico da lógica neoliberal. Esse último atende à perspectiva de mercantilização das ações e serviços de saúde. Esse cenário implica em um campo de interesses e conflitos que fragilizam a possibilidade da garantia da saúde como direito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Guimarães *et al.*, 2023).

A precarização e mercantilização dos serviços e ações de saúde são consequências do desmonte e a desarticulação de conquistas alcançadas pelos movimentos da Reforma Sanitária (RS) e Psiquiátrica (RP) do Brasil. O crescimento do setor privado e a ampliação da sua presença dentro do SUS, bem como a incorporação das ideias relativas ao mercado, são alguns exemplos de como a lógica neoliberal vem colocando em risco todo o arcabouço legal vigente conquistado pela RS (Morosini *et al.*, 2020).

No campo da saúde mental, o neoliberalismo fomentou o movimento da contrarreforma que proveu nos últimos anos intensas modificações na PNSM e discussões pró-manicomiais, desencadeando um novo arcabouço legal de reorganização da estrutura da RAPS e da Política sobre Drogas. Além disso, o subfinanciamento da PNSM foi intensificado com a falta de reajuste financeiro dos serviços substitutivos, como o CAPS (Sampaio; Bispo Jr, 2021).

Sob a influência do neoliberalismo, o Nasf sofreu importantes retrocessos, como podemos reconhecer ao considerarmos as mudanças legais ao longo da história (Mattos; Rolim, 2023). Em sua origem, o Nasf teve os conceitos da Clínica Amplia e do Apoio Matricial fortemente instituídos, com o intuito de superar o cuidado

fragmentado, na corresponsabilização entre as equipes e no aumento da resolutividade do cuidado na APS (Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

Apesar disso, observa-se que o tensionamento com relação aos rumos das equipes estiveram presentes desde a origem, dividindo a disputa entre aqueles que defendiam uma equipe de apoio matricial e os que defendiam um grupo de especialistas com a intenção de prestar serviços assistenciais diretos aos usuários (Mattos *et al.*, 2022; Almeida; Medina, 2021).

Reconhecendo a dificuldade de se operar sob a lógica do apoio matricial, dois anos após a criação do Nasf foi lançado o Caderno da Atenção Básica (CAB) nº 27 - Diretrizes do Nasf, como um instrumento norteador da prática das equipes.

Neste documento, observa-se a intenção de demarcar a prioridade do trabalho sob uma perspectiva compartilhada e interdisciplinar, enfatizando que o atendimento individual direto ao usuário deveria acontecer apenas em situações extremamente necessárias. O caderno apresenta e discute também ferramentas tecnológicas necessárias para a organização e o desenvolvimento das ações das equipes, como o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território (Mattos *et al.*, 2022; Timmermann; Brides; Rocha, 2023).

Quatro anos depois, foi publicado o segundo documento norteador da prática das equipes de Nasf, o Cadernos da Atenção Básica (CAB) 39 - Nasf - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Esse material define elementos estruturantes das intervenções para a prática do apoio matricial: a reunião de matriciamento; a reunião de equipe Nasf; o atendimento individual compartilhado; o atendimento domiciliar compartilhado; a atividade coletiva compartilhada; o Projeto Terapêutico Singular e o Ecomapa (Brasil, 2014).

No CAB 39 embora o atendimento individual direto ao usuário não apareça como ação prioritária das equipes, passa a ser apresentado como uma dimensão do apoio, articulado a um plano de cuidado compartilhado (Mattos *et al.*, 2022).

Em 2017 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo revisões com relação a de 2011. Na nova portaria, o conceito de “Apoio” que acompanhava a sigla NASF foi alterado para “Ampliado”, portanto o Nasf passa a designar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (Portaria MS/GM nº 2.436/2017). Existiram algumas críticas a proposta de ampliação do escopo de atuação das equipes do Nasf, questionando qual seria a intenção e as

possíveis repercussões, temendo que a atuação das equipes se tornasse menos resolutivas, ao tentar abranger um escopo maior de atuação e suprimindo a lógica do apoio matricial (Timmermann; Brides; Rocha, 2023; Martins; Rolin, 2023).

Em novembro de 2019 foi editado o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da APS e critérios para a distribuição dos recursos. Desta forma, foi substituído o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável para financiamento de custeio da APS, pelo número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no MS. Além disso, o custeio passou a ser distribuído também com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O cálculo da remuneração por desempenho era aferido a partir de indicadores definidos em portarias específicas (Brasil, 2019).

Mussada (2020) abordou os possíveis efeitos do Programa Previne Brasil na qualidade dos serviços prestados pelo SUS e na saúde da população. Uma vez que parte do financiamento estava vinculada ao número de cadastros, em substituição ao financiamento per capita, o custeio passou a ser restrito à população cadastrada e, portanto, um primeiro resultado desse modelo era a contrariedade do programa à essência do SUS na garantia da saúde como direito para toda a população.

Além disso, embora essa forma de captação pudesse favorecer o aumento do número de pessoas cadastradas, os municípios de áreas carentes e isoladas teriam maior dificuldade em ampliar esses registros, colocando em xeque a equidade como uma das diretrizes do SUS (Mussada, 2020).

A qualidade da atenção à população também poderia ser afetada, uma vez que a ênfase estava no número de cadastro e da produtividade das equipes e não na integralidade e resolutividade do cuidado. Outra questão, seria a ênfase em indicadores, que poderiam fragilizar o cuidado sobre as demandas específicas de cada território (Mussada, 2020). E por fim, o incentivo às ações estratégicas não incluiu o Nasf, trazendo como consequência a extinção do financiamento discricionário. A nota técnica nº 03/2020 foi publicada afirmando a extinção dos parâmetros de conformação e de financiamento do Nasf (Mattos, 2022).

Essa nota técnica passou aos gestores municipais a autonomia para compor as suas equipes multiprofissionais, uma vez que deixaram de estar vinculadas às tipologias de equipes Nasf-AB. Desta forma, os gestores poderiam cadastrar seus

profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) (Brasil, 2020).

Nessa perspectiva, os profissionais que integravam as equipes de Nasf enfrentaram desafios ainda mais significativos no cotidiano de suas atividades. Além disso, tiveram que lidar com a incerteza sobre a continuidade do serviço, diante da fragilização e desmonte provocados pelas políticas governamentais daquele período.

Diante deste cenário, em Santa Catarina, a Comissão Intersectorial Bipartite (CIB) apresentou a deliberação 136/CIB/2021 aprovando o cofinanciamento para as Equipe Multiprofissionais (EM), mantendo a sua produção nos sistemas da APS para acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC). Ainda em 2021 outra Deliberação foi aprovada, a 263/CIB/2021, tornando-se importante documento norteador para essas equipes. Esta deliberação definia no máximo cinco eSF e/ou eAP vinculadas a EM, com no mínimo dois profissionais compondo a equipe e a carga horária mínima de 60 horas/semanais por equipe. Além disso, a deliberação 263 apresentou diretrizes de orientação para o processo de trabalho, seus objetivos e instrumentos de trabalho. Essas equipes permaneceram cadastradas com o código 72 no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), como eNasf-AB.

Figura 1 - Linha do tempo dos principais documentos legais referentes ao Nasf até a criação da eMulti



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Recentemente, através da Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, o MS instituiu incentivo financeiro federal de implantação e custeio às equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti, que aparentemente sugere seguir com a mesma lógica da equipe do Nasf (Brasil, 2023a). Entre as suas diretrizes está o princípio da integralidade da atenção à saúde, a ampliação do escopo das práticas em saúde no âmbito da APS e do território, o aprimoramento da resolutividade da APS, entre outros. E inclui como ações da eMulti o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; às discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção de projetos terapêuticos e intervenções no território e as práticas intersetoriais.

O que se espera é que a partir desta portaria e do incentivo de custeio dessas equipes, que práticas resolutivas do cuidado em saúde mental voltem a ser prioridades. No entanto, a portaria não deixa claro qual ênfase se espera das eMulti. Desde a publicação deste documento até os dias atuais, já se passou um ano e não houve publicações de outros documentos que trouxessem orientações sobre o processo de trabalho, bem como os fluxos e as pactuações que se espera que ocorra com as equipes da APS. Este cenário favorece para que cada município desenvolva a sua própria lógica de trabalho, não definindo uma identidade das eMulti no âmbito nacional. (Bispo Jr; Almeida, 2023).

A falta de clareza sobre os resultados esperados das ações da eMulti e as indefinições com relação a questões operacionais, perpetuam o tensionamento com relação às concepções práticas multiprofissionais: práticas individuais/curativas versus clínica ampliada/apoio matricial.

A trajetória do Nasf revela a complexidade e os desafios enfrentados na tentativa de implementar uma abordagem interdisciplinar e compartilhada no cuidado em saúde mental. As iniciativas de inovação e ampliação do conceito de saúde-doença foram constantemente tensionadas por disputas ideológicas e financeiras, refletindo a luta entre o modelo biomédico hegemônico e as propostas de cuidado integrativo e biopsicossocial. A importância do cuidado em saúde mental na APS é inegável, especialmente a partir de abordagens como o apoio matricial e a clínica ampliada.

As mudanças na legislação e nos modelos de financiamento, influenciadas pela lógica neoliberal, fragilizam ainda mais a consolidação destas abordagens, demonstrando a necessidade de políticas públicas que reforcem o SUS como um sistema de saúde inclusivo e equitativo. O futuro da saúde mental no Brasil, depende de um compromisso renovado com os princípios da RS e da RP, garantindo que a saúde seja reconhecida e protegida como um direito fundamental de todos os cidadãos.

3.3.2 eMulti: diretrizes e modalidades de equipes

Vivenciamos no Brasil, nos últimos anos, especialmente durante o período de 2016 e 2022, dois governos de extrema direita, que adotaram políticas de rigorosa austeridade fiscal e priorizaram os interesses mercadológicos e privatistas (Bispo Jr; Almeida, 2023). Essas administrações adotaram medidas de desmantelamento do SUS, reduzindo o financiamento da saúde, e consequentemente, enfraquecendo a APS e a PNSM (Martins; Rolim, 2023).

A posse do atual presidente da república, representou uma mudança significativa na visão de governo com relação aos anos anteriores. Nesse sentido, espera-se que a atual gestão se afaste das políticas de austeridade fiscal rigorosa e amplie a valorização dos serviços públicos, incluindo o SUS. Sua administração sinaliza um compromisso com o fortalecimento e o refinanciamento da saúde pública, e uma revitalização da APS, contrapondo-se à tendência de privatização e desmantelamento observada nos governos anteriores (Bispo Jr; Almeida, 2023).

Entretanto, publicada em maio de 2023, a Portaria MS/GM nº 635 permanece sendo o único documento oficial que orienta a prática de trabalho a ser realizada pelos profissionais que compõem a eMulti. Este documento estabelece oito diretrizes para o processo de trabalho das equipes multiprofissionais (eMulti), abrangendo aspectos como a integralidade da atenção à saúde; a integração das práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS); a superação da lógica de fragmentação do cuidado por meio da atenção interprofissional e da corresponsabilização clínica; e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2023a).

Além disso, esta portaria define ações específicas para as eMulti, incluindo atendimentos individuais, em grupo e domiciliares; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; oferta de ações de saúde à distância; construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais (Brasil, 2023a).

A portaria também apresenta três modalidades de eMulti: a equipe Multiprofissional Ampliada (eMulti Ampliada), a equipe Multiprofissional Complementar (eMulti Complementar) e a equipe Multiprofissional Estratégica (eMulti Estratégica). A eMulti Ampliada é vinculada a no mínimo 10 e no máximo 12 equipes (Saúde da Família, Saúde da Família Ribeirinha, Consultório de Rua, Atenção Primária ou Unidade Básica de Saúde Fluvial), com uma carga horária mínima de 300 horas semanais por equipe. A eMulti Complementar está vinculada a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes, com uma carga horária mínima de 200 horas semanais. Finalmente, a eMulti Estratégica está vinculada a no mínimo 1 e no máximo 4 equipes, cumprindo uma carga horária mínima de 100 horas semanais por equipe (Brasil, 2023a).

Uma inovação trazida pela criação da eMulti é a incorporação tecnológica das ações de saúde mediadas por Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), fortemente influenciada pelo período pandêmico. Durante este período, o uso da tecnologia foi crucial para a continuidade dos cuidados em saúde em meio ao isolamento social (Bispo Jr; Almeida, 2023). As teleconsultas, a interação e troca de informações de maneira virtual entre equipes e o atendimento remoto são algumas das ações facilitadas pela TIC (Brasil, 2023a)

Apesar dessas definições estruturais, a Portaria MS/GM nº 635/2023 ainda deixa lacunas com relação a questões fundamentais sobre o foco do modelo e a organização do processo de trabalho das eMulti. Ela estabelece diretrizes para a atuação das equipes, e define características sobre as três modalidades de eMulti, no entanto, não esclarece completamente como deve ser a articulação com as equipes da APS, nem a abordagem esperada para a implementação desses processos (Bispo Jr; Almeida, 2023). Diante dessa realidade, é fundamental observar a trajetória histórico-cultural das equipes de apoio (Nasf) nos últimos anos para vislumbrar as perspectivas futuras do novo modelo de equipe. A seguir, no quadro 1, apresenta-se

uma comparação entre a Portaria MS/GM nº 154/2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), e a Portaria MS/GM nº 635/2023, que institui a eMulti.

Quadro 1- Comparativo entre a Portaria MS/GM nº 154/2008 (Nasf) e a Portaria MS/GM nº 635/2023 (eMulti).

Dimensões	Portaria MS/GM nº 154/2008 (Nasf)	Portaria MS/GM nº 635/2023 (eMulti)
Objetivos	Ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), bem como a sua resolubilidade, e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB.	Facilitar o acesso da população aos cuidados da saúde; ampliar o escopo de práticas em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), integrar práticas da assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS; favorecer os atributos essenciais e derivados da APS por meio da atuação interprofissional e corresponsabilização clínica; integrar e articular a APS aos demais serviços da RAS e da rede intersetorial; ampliar a resolubilidade da APS e contribuir para a longitudinalidade do cuidado.
Composição	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional
Apoio Técnico e Matricial	O apoio técnico-pedagógico e clínico às equipes de Saúde da Família (SF) é apresentado como eixo central do trabalho do Nasf.	O AM é apresentado como uma das atribuições da eMulti, mas não é definido como eixo estruturante da atuação dos profissionais desta equipe. Além do mais, observa-se a tendência à valorização do atendimento individual e a priorização da dimensão clínico-assistencial em relação a clínica ampliada.

Dimensões	Portaria MS/GM n° 154/2008 (Nasf)	Portaria MS/GM n° 635/2023 (eMulti)
Integração com eSF/APS	Integração direta com as equipes de SF, ampliando a cobertura e a qualidade do cuidado na AB. A portaria destaca que o Nasf não atua como porta de entrada do sistema.	A integração e articulação com a APS são características da eMulti de acordo com a portaria. No entanto, ela não esclarece como deve ocorrer a relação direta entre os profissionais da eMulti e os usuários, contrapondo-se a Portaria MS/GM n° 154/2008 que enfatiza que o Nasf não atuaria como porta de entrada do sistema.
Ações intersetoriais	A promoção de ações intersetoriais é destacada como parte da prática de trabalho da equipe Nasf.	Da mesma forma, a promoção de ações intersetoriais é apresentada como parte da prática de trabalho da eMulti.
Educação Permanente	A portaria estimula a promoção de educação permanente entre as equipes de apoio e as de referência.	O termo “Educação Permanente” não aparece na portaria.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A tabela apresentada permite ao leitor, observar tanto as semelhanças, quanto às diferenças entre os dois modelos de equipe de apoio da APS: o Nasf e a eMulti.

Em termos de objetivos, ambos os modelos compartilham a ênfase na ampliação da cobertura da AB/APS e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Entretanto, a Portaria MS/GM n° 154/2008, que institui o Nasf, inclui objetivos adicionais como a ampliação da resolutividade dos serviços de saúde e a territorialização e regionalização da AB. Por outro lado, a Portaria MS/GM n° 635/2023, que cria a eMulti, foca mais no acesso da população aos serviços de saúde e na integração da APS com a RAS e na articulação com a rede intersetorial. É

importante notar que a ampliação da resolutividade e a territorialização são aspectos que também são abordados, embora não nos objetivos, na Portaria MS/GM nº 635/2023. Da mesma forma, a promoção do acesso e a integração da APS com a RAS e a rede intersetorial são tratadas em diferentes trechos da Portaria MS/GM nº 154/2008.

Um ponto de extrema relevância nessa comparação entre os dois modelos de equipe é o papel do AM nas duas portarias. A Portaria MS/GM nº 154/2008 define o AM como um eixo central do trabalho da equipe do Nasf, enquanto a Portaria MS/GM nº 635/2023 apresenta o AM como uma das atribuições da eMulti, sem considerá-lo como eixo estruturante da prática da equipe.

Destaca-se também o fato de o atendimento individual ser apresentado na Portaria MS/GM nº 635/2023 como primeiro na lista de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem a eMulti (Brasil, 2023a). Este enfoque sugere uma tendência à valorização do atendimento individual e a priorização desta prática em relação ao atendimento compartilhado, o que contrasta com a abordagem da clínica ampliada, que preconiza a prática coletiva e interprofissional no processo de cuidado. Observa-se, portanto, a perpetuação do ciclo de retrocessos identificados ao longo da trajetória do Nasf, favorecendo o modelo tradicional, uniprofissional e clínico-assistencial (Martins; Rolim, 2023).

Além disso, a integração entre as equipes de apoio e de referência é abordada de maneira distinta nas duas portarias. No modelo Nasf, a integração é descrita como direta com as equipes de SF, visando a ampliação da cobertura e melhoria do cuidado. Em contraste, na eMulti, a integração e articulação com as equipes de SF são características reconhecidas, mas a Portaria MS/GM nº 635/2023 não esclarece como deve ocorrer a relação entre os profissionais da eMulti, os profissionais das equipes da SF e os usuários.

A promoção de ações intersetoriais é uma característica comum a ambos os modelos, buscando a integração com outras políticas públicas para fortalecer a saúde. No que tange à Educação Permanente como uma das ações dos profissionais do Nasf, conforme descrito no Anexo I da Portaria de criação, contrasta com a Portaria MS/GM nº 635/2023 que não utiliza este termo ao longo do seu texto. Contudo, ao considerar como ações da equipe da eMulti o AM, a discussão de caso e a construção conjunta de projeto terapêutico e intervenções no território, a portaria sugere, apesar

de não enfatizar, uma necessidade implícita de práticas semelhantes à educação permanente na atuação da eMulti.

A análise comparativa entre os modelos do Nasf e da eMulti revela desafios na estruturação das equipes de apoio à APS. Apesar das diferenças em suas diretrizes, ambos os modelos têm o potencial de fortalecer a atenção primária, desde que sejam implementados com clareza pelo Ministério da Saúde. A trajetória histórico-cultural das equipes de apoio e a falta de informações complementares a Portaria MS/GM nº 635/2023 sinalizam a necessidade de um delineamento mais robusto dos processos de trabalho da eMulti e a criação de fluxos de pactuação com as equipes da APS.

Quanto ao modelo de atuação da eMulti, destaca-se sobretudo pelo fato de não incluir o AM como eixo estruturante do modelo de atenção à saúde e a ênfase apresentada ao atendimento individual como ação da equipe. Esses dois fatos, contrastam com a abordagem da clínica ampliada e do trabalho interprofissional, que valorizam as práticas coletivas e a corresponsabilização do cuidado. Essa priorização da dimensão clínico-assistencial e do atendimento individual pode enfraquecer a integração das equipes e a qualidade do atendimento prestado.

3.4 A TRANSIÇÃO DOS MODELOS DE EQUIPE DE APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (NASF e EMULTI) NA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA

Santana *et al.* (2022) através de análise das informações de saúde disponibilizadas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) abordaram a evolução das equipes do Nasf no Brasil desde sua criação em 2008 até 2021. Em termos de números, os autores apontaram a presença de 464 equipes Nasf no país em dezembro de 2008, com evidente aumento para 5.886 em dezembro de 2019. Após este período houve certa estabilização, com leve tendência a redução do número de equipes nos anos seguintes, com 5.417 registradas em dezembro de 2020 e 5.541 em outubro de 2021.

A estabilização e diminuição de equipes Nasf ao longo dos últimos anos reflete o desmonte da gestão do governo anterior no país, mais especificamente, a partir da implementação do Programa Previne Brasil (Martins; Rolim, 2023). Com a intenção de compreender como o processo histórico ao longo dos últimos anos afetou as equipes de apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Santa Catarina, foi

realizado um levantamento do número de equipes entre os anos de 2017 e 2024. Os dados foram obtidos através do eGestor AB, uma base de dados que oferece acesso a informações dos sistemas de AB, e da ferramenta Power BI, disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), que registra informações sobre o cofinanciamento estadual da APS.

O levantamento revelou que, entre 2017 e 2019, antes da revogação da Portaria MS/GM nº 154/2008 que criou e estabeleceu o financiamento do Nasf pelo Ministério da Saúde (MS), houve uma redução no número de equipes no estado. Em dezembro de 2017, estavam cadastradas 340 equipes pelo MS, número que diminuiu para 309 em 2018 e 308 em 2019. Esse declínio sugere um enfraquecimento da abordagem de cuidado baseada no apoio matricial e na clínica ampliada na APS durante esse período.

Entre 2020 e 2022, observou-se que a SES/SC enfrentou desafios para acompanhar o número de equipes Nasf ativas, em razão da ausência de registros oficiais pelo MS. Essa lacuna foi consequência da revogação da portaria de criação e financiamento do Nasf, por meio da Nota Técnica nº 03/2020 (Brasil, 2020). Embora essa nota técnica tenha retirado a obrigatoriedade do repasse federal para essas equipes, ela permitiu que os municípios permanecessem com sua atuação, desde que assumissem integralmente o custeio. Como consequência, os registros das equipes deixaram de estar vinculados ao Programa Previne Brasil, afetando a disponibilidade e consistência dos dados nacionais. Com o intuito de contornar essa situação, a SES/SC buscou manter o acompanhamento e assegurar as condições mínimas para a continuidade das equipes por meio de incentivo estadual para cofinanciamento das Equipes Multiprofissionais (EM) por meio da Deliberação 136/CIB/2021. Essas equipes permaneceram com o código nº 72 no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), como eNasf-AB.

Deste modo, a partir da ação da SES/SC, tornou-se possível acessar novamente os dados, com registros de 2022 em diante. As informações obtidas pela ferramenta Power BI, disponibilizada pela SES/SC, mostraram que, em fevereiro de 2022, estavam registradas 401 equipes no estado, número que apresentou crescimento ao longo do período, alcançando 564 equipes credenciadas em fevereiro de 2023. Esses dados indicam que os profissionais que atuavam no Nasf, antes da revogação da portaria que definia os parâmetros dessa em 2020 (Brasil, 2020),

tiveram a oportunidade de permanecer na APS a partir da iniciativa da SES/SC, ao instituir as Equipes Multiprofissionais (EM).

Em 2023 o governo federal estabeleceu as Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti) pela Portaria nº 635/2023 (Brasil, 2023a). Nove meses após a implantação dessas equipes, foram identificadas 476 equipes cadastradas pelo MS.

Esses resultados demonstram que, antes mesmo da revogação da Portaria MS/GN nº154/2008, o número de equipes em Santa Catarina estava em declínio, sinalizando a fragilidade da abordagem de Apoio Matricial (AM) e da Clínica Ampliada desenvolvidas por essas equipes. Embora a criação do cofinanciamento estadual para as EM tenha promovido a permanência das equipes de apoio na APS, o histórico revela desafios persistentes na sustentação e no aprimoramento dessas equipes. A análise desses dados reflete a importância de medidas contínuas e eficazes para garantir a estabilidade e a evolução das equipes multiprofissionais de apoio à APS, sinalizando a necessidade de uma abordagem estratégica e sustentável para o desenvolvimento da saúde pública no estado de Santa Catarina.

A seguir podemos observar como os credenciamentos das equipes multiprofissionais na APS ocorreram ao longo dos últimos anos nos municípios da região nordeste do estado de Santa Catarina. A tabela 02 apresenta o número de equipes de Nasf-AB cadastradas pelo MS na região nordeste de Santa Catarina no período de 2017 a 2019.

Tabela 1- Número de equipes de Nasf-AB por município na região nordeste de Santa Catarina nos anos 2017 a 2019.

Ano:	2017	2018	2019
Municípios			
Araquari	0	0	01
Balneário Barra do Sul	0	01	01
Garuva	01	01	01
Itapoá	01	01	01
Joinville	01	01	03
São Francisco do Sul	01	01	01

Fonte: Elaborado pela autora com base em dado eGestor AB (2024).

A análise dos dados de equipes Nasf-AB credenciadas pelo Ministério da Saúde na região entre 2017 e 2019, conforme apresentado no quadro 02, revela uma tendência geral de estabilidade, com uma leve inclinação para o aumento do número de equipes nos municípios. Chamam a atenção os dados referentes aos municípios de Araquari e Balneário Barra do Sul, que em 2017 não tinham equipes credenciadas. No entanto, até o final de 2019, ambos os municípios registraram uma equipe. Esse movimento sugere uma leve expansão do programa na região ao longo do período analisado.

Adicionalmente, o município de Joinville, o maior da região do estado de Santa Catarina, seguiu essa tendência de aumento. Em 2017, tinha apenas uma equipe, mas em 2019, esse número aumentou para três, indicando um crescimento baixo na oferta de serviços do Nasf-AB na cidade, fato relevante a ser considerado em um município com mais de 500 mil habitantes.

Os demais municípios da região, mantiveram-se com apenas uma equipe ao longo dos anos analisados, conforme exposto na tabela 01.

A seguir é apresentada a tabela 02, que expõe o número de equipes EM por município cadastrada pelo estado na região nos anos de 2020 a 2022, período em

que houve a ausência do financiamento nacional das eNasf, permanecendo apenas o cofinanciamento estadual para essas equipes.

Tabela 2 - Número de equipes EM por município nos anos de 2020 a 2022.

Ano:	2020	2021	2022
Municípios			
Araquari	0	01	01
Balneário Barra do Sul	0	0	01
Garuva	0	0	0
Itapoá	0	0	01
Joinville	0	0	18
São Francisco do Sul	0	0	01

Fonte: Elaborado pela autora com base em dado Power Bi/DAPS/SPS/SES/SC (2024).

Conforme observado, os municípios que possuíam equipe do Nasf-AB em 2019, aparecem sem equipe cadastradas em 2020. No entanto, nos anos subsequentes, quatro desses cinco municípios aderiram ao credenciamento das EM e ao cofinanciamento estadual. Seguindo uma lógica oposta, nota-se que o município de Garuva, que possuía uma equipe do Nasf-AB em 2019, aparentemente foi desestimulado a manter a equipe de apoio na APS, apesar do cofinanciamento estadual.

Em contrapartida, o município de Joinville apresentou uma expansão significativa no número de equipes, passando de três equipes do Nasf-AB em 2019 para 18 equipes EM no ano de 2022. Esses números sugerem que, em Joinville, ao contrário do cenário nacional, ocorreu durante este período um aumento expressivo no número de equipes multiprofissionais na APS.

Por meio do quadro 03, é possível identificar o número de equipes credenciadas na região com o código 72, o número de profissionais e a carga horária

no período de implementação da eMulti, entre 2023 e 2024. Esses dados expõem informações sobre o período anterior à criação das eMulti, permitindo a comparação com os dados de nove meses após a Portaria de consolidação dessas equipes.

Tabela 3 - Comparação do número de equipes, profissionais e carga horária das equipes EM nos municípios no ano de 2023 e das equipes eMulti no ano de 2024.

Municípios	Fevereiro de 2023 (EM)			Fevereiro de 2024 (eMulti)		
	Equipes (código 72)	Nº de Profiss.	Carga Hr.	Equipes (código 72)	Nº de Profiss.	Carga Hr.
Araquari	01	02	70	0	0	0
Balneário Barra do Sul	01	08	250	02	08	250
Garuva	0	0	0	02	11	410
Itapoá	01	08	160	02	14	280
Joinville	18	80	1844	9	95	2884
São Francisco do Sul	01	06	200	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora com base em dado Power Bi/DAPS/SPS/SES/SC (2024).

Ao analisarmos o quadro 04, observa-se que até fevereiro de 2024 dois municípios não aderiram à eMulti. Araquari, que até 2023 havia uma EM cadastrada com dois profissionais (70 horas/equipe) e em São Francisco do Sul que também possuía uma equipe, com seis profissionais (200 horas/equipe). Em contrapartida, o município de Garuva, que em 2023 não possuía nenhuma equipe de EM, em 2024 apresentou 2 eMulti cadastradas com 14 profissionais no total (280 horas).

Ainda na lógica da ampliação do número de equipes e profissionais, Barra do Sul e Itapoá ampliaram de uma EM para duas equipes de eMulti. A primeira manteve

o número de 8 profissionais no total (250 horas) e a segunda ampliou de 8 (160 horas) para 14 profissionais (280 horas).

Em contrapartida Joinville, o maior município da região, obteve redução do número de equipes, de 18 apenas 9 permanecem ativas. O número de profissionais, no entanto, parece ter ampliado, ocorrendo a redução do quantitativo de equipes, mas aumentando o número de profissionais de 80 para 95 (de 1.844 para 2.884 horas).

Os dados analisados mostram que, apesar das dificuldades e interrupções na política nacional das equipes multiprofissionais na APS, houve esforço e capacidade de adaptação por parte dos municípios da região nordeste do estado frente a realidade de desmonte vivenciado no país.

Os modelos de equipes - Nasf-AB, EM e eMulti - possuem atribuições e características diferentes, como o número de profissionais, carga horária e equipes vinculadas. Isso implica em uma fragilidade na análise histórica sobre as equipes multiprofissionais da APS na região nordeste de SC, impossibilitando inferências sobre os dados quantitativos. No entanto, a análise qualitativa dos dados apresentados revela que a iniciativa da SES/SC favoreceu a permanência dos profissionais do Nasf na APS mesmo após a sua extinção. E que a criação da eMulti foi decisiva para a continuidade da permanência desses profissionais na APS e no fortalecimento da integralidade do cuidado.

Contudo, os dados também apontam que apesar das iniciativas realizadas pelo Estado e pelo MS, o estado permanece com baixa cobertura de equipe de apoio. Esta realidade fragiliza a lógica de cuidado pautada no apoio matricial e na clínica ampliada na APS.

Diante deste contexto, observa-se que a transição na região nordeste de Santa Catarina, dos modelos Nasf-AB para EM e, posteriormente, para eMulti ilustra um ciclo contínuo de desafios enfrentados pelos municípios e pelo estado para garantir a continuidade das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse percurso demonstra não apenas a resiliência dos atores envolvidos, mas também a importância da atuação SES/SC e do Ministério da Saúde (MS) na formulação de políticas e diretrizes para a gestão da APS no Brasil.

3.5 O CENÁRIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde 2023, com o novo governo federal, algumas mudanças foram incorporadas na saúde pública brasileira, entre elas, a publicação da Portaria MS/GM nº 635 de 22 de maio de 2023, em que o Ministério da Saúde (MS) instituiu incentivo financeiro federal de implantação e custeio às equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti (Brasil, 2023a).

Outra mudança de grande relevância foi a revogação da Portaria MS/GM nº 3.588/2017, que inseriu o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria MS/GM nº 757, de junho de 2023 (Brasil, 2023b). Tal revogação sinalizou a possibilidade da retomada de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em conformidade com a Reforma Psiquiátrica (RP). A publicação da Portaria MS/GM nº 660, de 3 de julho de 2023 que instituiu a reposição financeira do custeio mensal para os Centre de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados pelo MS (Brasil, 2023c) e o reajuste divulgado no primeiro semestre de 2024, do Programa “de volta para casa” (PVC) (Brasil, 2024b) são também publicações do governo, importantes no cenário das políticas sobre saúde mental.

Além disso, foi publicado a Portaria MS/GM nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que apresenta uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde, fomentando o cuidado no território, a qualidade do vínculo das equipes da APS com a comunidade e com ênfase na resolutividade e integralidade do cuidado, reacendendo a esperança de novos horizontes para a melhoria das estratégias de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2024a).

Em maio de 2025, foram apresentados pelo MS os novos indicadores de indução de boas práticas para a Atenção Primária. Ao todo são 15 indicadores, organizados em três blocos: Equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP); Equipes Multiprofissionais (eMulti); e Equipe de Saúde Bucal (eSB). Esses indicadores fazem parte do componente de qualidade, um dos principais fundamentos da nova metodologia de cofinanciamento federal. Essa abordagem avalia o desempenho das equipes e a efetiva disponibilização de ações e serviços como critérios para determinar o valor mensal transferido aos municípios (Ministério da Saúde, 2025).

Os 15 indicadores são: Ações Interprofissionais realizadas pela eMulti; Média de atendimento por pessoa assistida pela eMulti, Mais acesso à APS; Cuidado da pessoa com diabetes, Cuidado da pessoa com hipertensão; Cuidado da gestante e do puerpério, Cuidado da mulher na prevenção do câncer; Cuidado da pessoa idosa; Cuidado no desenvolvimento infantil; Escovação dentária supervisionada em faixa etária escolar; Primeira consulta odontológica programada; Tratamento odontológico programada; Tratamento odontológico concluído; Tratamento restaurador atraumático; Procedimentos odontológicos preventivos e Taxa de exodontias realizadas.

No dia 21/05/25 ocorreu uma transmissão ao vivo pelo canal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no Youtube, o lançamento dos novos indicadores da APS. Fizeram parte desta web encontro Ana Luiza Caldas (secretária da APS do MS), Hisham Hamida (Presidente do CONASEMS) e René Santos (representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass). Durante a *live*, Ana Luiza destacou que os indicadores voltados à eMulti - M 01: Média de atendimento por pessoa assistida pela eMulti e M 02: Ações interprofissionais realizadas pela eMulti - têm como objetivo promover o compartilhamento do cuidado entre essa equipe e as demais equipes da APS. Além disso, Ana destacou que os profissionais da eMulti possuem responsabilidade conjunta pelo cuidado oferecido, ampliando as ações assistenciais e não apenas a ênfase ao Apoio Matricial (AM). Esse discurso indica uma transformação importante em relação à proposta do Nasf, especialmente no que diz respeito à orientação de suas ações.

Nesse sentido, Mattos (2025) destaca que desde sua criação, o Nasf era reconhecido como uma equipe de retaguarda especializada, com foco principal na dimensão técnica-pedagógica, que envolvia principalmente discussões de casos e interconsultas (ou consultas compartilhadas). No âmbito assistencial, predominavam as atividades coletivas, ao passo que se evitava o atendimento individual e a possibilidade da ambulatorização das situações encaminhadas ao Nasf.

O indicador M01 está diretamente relacionado à indução das práticas assistenciais. Seu objetivo principal é estimular o aumento do número de atendimentos realizados por cada pessoa acompanhada pela eMulti, favorecendo

contato mais frequentes e próximos com os usuários, por meio do acesso regular a ações de assistência, seja em atendimentos individuais ou coletivos.

A fórmula de cálculo é a média da soma total de atendimentos - individuais e coletivos - realizados pela eMulti durante o quadrimestre avaliado, dividido pelo número total de pessoas atendidas nesse período. Quanto mais alta for a média de atendimentos por pessoa, melhor será o resultado.

Importante destacar que, nesse indicador não há diferenciação de peso entre atendimentos individuais e coletivos. Essa ausência de distinção leva a reflexões sobre o risco de algumas equipes priorizarem excessivamente os atendimentos individuais, resultando em listas de espera prolongadas, tendo como consequência a dificuldade do acesso da população a esses serviços.

Por outro lado, o indicador M02 tem por objetivo estimular a realização de práticas colaborativas e integradas entre diferentes profissionais de saúde no âmbito da APS, valorizando o trabalho em equipe e o cuidado interdisciplinar. Esse indicador busca incentivar as equipes a adotarem uma abordagem colaborativa, promovendo atendimentos compartilhados, reuniões, discussões de casos e elaboração de PTS, entre outras ações. Essas ações podem ser compartilhadas por diferentes profissionais da própria eMulti, com profissionais de outras equipes da APS (eSF, eAP e eSB), além dos demais profissionais dos diferentes pontos da rede de saúde e rede intersetorial.

A fórmula de cálculo desse indicador consiste na média entre o número total de ações compartilhadas realizadas pela eMulti no quadrimestre avaliado e o total de ações realizadas pela eMulti nesse mesmo período, refletindo a proporção de ações colaborativas desenvolvidas em relação às ações totais. Deste modo, quanto maior o número do indicador, melhor a qualidade do trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe.

Observa-se que, embora o indicador M02 tenha relevância como indutor do trabalho colaborativo entre os profissionais e para a integralidade do cuidado, há ausência de indução direta ao apoio matricial, especialmente no que diz respeito à dimensão pedagógica do apoio da eMulti às eESF, podendo resultar na redução dessa prática no cotidiano das equipes.

Lançado no primeiro semestre de 2025, o Curso “Emulti em Formação: Curso de Formação dos Profissionais da Emulti – 2025”, tem como objetivo desenvolver

processo formativo voltado para o desenvolvimento de competências essenciais para o trabalho dos profissionais da eMulti.

Trata-se de uma iniciativa realizada em parceria entre o MS, por meio da Coordenação de Ações Interprofissionais (Cain/MS); a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ); e o Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, da Unicamp. A meta é capacitar cerca de 6.000 profissionais dedicados às eMulti e abordar temas como o contexto atual da eMulti, os principais problemas de saúde na APS, o Apoio Matricial, o método de formação e apoio profissional Balint Paideia, o processo de trabalho da eMulti, Saúde Mental na APS, entre outros temas (Fiocruz, 2024).

O Curso fornece um caderno de textos organizados por três grandes temas:

- I) metodologia de trabalho das eMulti, com destaque para a função apoio, a partir do uso do apoio matricial e seu trânsito entre núcleo e campo de saberes, além de discorrer sobre os grupos Balint-Paideia, que norteiam a formação de coletivos, como no eMulti em formAção;
- II) políticas estratégicas para o planejamento do trabalho das eMulti, incluindo temas sensíveis para a realidade atual do país, como o enfrentamento da violência em seus diferentes aspectos e o cuidado a condições prevalentes na APS; e
- III) retomada de alguns dispositivos e instrumentais de trabalho que costumam ser úteis na conformação do cotidiano das eMulti, desde que realizados em alinhamento com os demais aspectos apresentados – a metodologia de trabalho do apoio matricial e a atenção a condições sensíveis para a APS (Fiocruz, 2024).

Essa formação possui grande importância, pois reconhece as mudanças ocorridas na metodologia de trabalho da eMulti em comparação com o Nasf, indicando suas diferenças - especialmente com relação a ampliação da abordagem assistencial - ao mesmo tempo, reforça e estimula práticas relacionadas à clínica ampliada e ao AM. Mattos (2024) em artigo publicado no caderno de textos do curso, destaca que a ampliação do acesso da população às ações da eMulti, não deve comprometer a integração e a articulação da eMulti com as equipes de referência da APS.

Outra ação recente do MS em Parceria com a Fiocruz é o projeto “Nós na Rede”, que visa fortalecer a RAPS através da oferta de formação atualizada para profissionais de nível médio, técnico e graduado. A proposta é formar os profissionais para atuarem no cuidado às pessoas em sofrimento mental, com ênfase em dois eixos principais: Acolhimento e cuidado às pessoas com sofrimento mental e em conflito com a lei e Atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Essa formação é essencial para fortalecer o movimento da luta antimanicomial, contribuindo para o enfrentamento de estigmas e da vulnerabilidade social das pessoas em sofrimento mental. Além disso, aponta para um movimento importante do MS no fortalecimento do cuidado integral dessas pessoas, fomentando uma abordagem que vise a dignidade e a superação da segregação dos sujeitos.

A seguir, apresenta-se uma linha do tempo com os principais marcos históricos relacionados à organização da APS, especialmente do Nasf e da eMulti (Figura 2). Através dessa linha do tempo, é possível observar como diferentes contextos político-institucionais influenciam a formulação e reorganização das estratégias de saúde ao longo do tempo.

Figura 2 - Linha do tempo dos principais marcos históricos relacionados à organização da APS, com ênfase no Nasf e eMulti.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Almeida e Medina (2021) apontam que a eleição do presidente Lula, em 2003, provocou alterações significativas no cenário nacional, marcadas por um movimento de transição no MS, com a incorporação de diferentes agentes vinculados ao movimento sanitário. Foi nesse contexto, em 2008, durante o segundo mandato do

presidente Lula, que o Nasf foi instituído. Nos anos seguinte, em 2010, foi lançado a Cab nº 27 e, em 2014, no governo de Dilma Rousseff, o Cab nº 39.

Posteriormente, mudanças importantes no cenário brasileiro deixaram marcas significativas nas políticas públicas do país (Bispo; Almeida, 2023). Em 2017, no governo de Michel Temer ocorreu a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com efeitos diretos a redução da indução e do fortalecimento da APS. No mesmo ano, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu limites ao investimento público em saúde, reforçando o desmonte da APS. Os ajustes fiscais, como o teto de gastos, prejudicam investimentos necessários para o fortalecimento do SUS (financiamento estável, organização do trabalho, atenção integral, regionalização e autonomia tecnológica) e aumentam a dependência do setor privado para os serviços especializados (Miranda et al; 2025).

O agravamento dessa realidade manteve-se nos anos seguintes, com crescente propostas políticas sob preponderância de orientação neoliberal. Exemplo, disso, foi o Programa Previne Brasil, lançado em 2019, durante o governo de Jair Bolsonaro, que propôs indicadores de saúde para APS, com forte ênfase na produtividade e distante da lógica dos princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade e a integralidade. Por fim, a implementação do Previne Brasil, levou ao fim os parâmetros e custeio do Nasf.

Com o retorno de Lula à presidência em 2023, reacendeu-se a expectativa de fortalecimento das políticas públicas. A esperança foi de um governo com maior valorização das prioridades de valores ético-sociais, com um olhar mais amplo que superasse a ênfase excessiva aos procedimentos médicos e à oferta de serviços biomédicos. Que surgissem inovações coerentes com a arquitetura constitucional do SUS, fortalecendo a universalidade, a equidade e a integralidade. Contudo, a inseparabilidade entre a clínica e a política é produzida no interior de um campo mais amplo de disputa entre diferentes instâncias de poder – que inclui além do Executivo, o Legislativo (Câmara dos deputados e Senado federal) e outros atores institucionais – que se configuram como fator determinante no processo histórico de formulação e planejamento das políticas públicas. Desse modo, é fundamental observar que a ênfase neoliberal persiste e reflete na consolidação do SUS ao longo dos anos. Reconhecer esse campo de disputa e a sua inseparabilidade com a prática clínica é fundamental para analisar o cenário do cuidado em saúde mental na APS.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa (Marconi; Lakatos, 2003). Essa abordagem possibilita ao pesquisador uma compreensão aprofundada dos fenômenos, ao explorar as perspectivas, experiências e significados dos participantes, através de suas crenças, valores, explicações e opiniões (Gomes, 2014).

A percepção dos sujeitos é constituída a partir da aquisição, interpretação, seleção e organização das informações obtidas pelos sentidos (Zanini et al, 2021). Nesse contexto, a pesquisa qualitativa permite compreender, com base nas experiências vividas e nas interpretações individuais, os atravessamentos políticos, históricos e culturais, pertinentes ao ambiente em que o participante está inserido.

5.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Santa Catarina, estado localizado no sul do país e está dividido em oito regiões principais: Litoral, Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste. Possui 295 municípios e tem como Capital a cidade de Florianópolis (IBGE, 2022). Nessa pesquisa, a região nordeste do estado foi eleita como recorte para o estudo.

Essa região é composta pelos municípios de Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá, Joinville e São Francisco do Sul. A escolha do local de pesquisa ocorreu principalmente em razão do fato da pesquisadora residir e atuar em um município da região, o que lhe conferiu um conhecimento profundo do campo em questão e uma rede de contatos já estabelecida com profissionais de diferentes municípios. Essa familiaridade local facilitou o acesso a informações, bem como a coleta de dados.

Além disso, a escolha desta região justifica-se pela diversidade de portes populacionais e arranjos organizacionais dos serviços de saúde nos municípios, com potencial de análise comparativa entre distintas realidades. Esses aspectos

favorecem uma análise ampla sobre as formas de organização e consolidação do cuidado em saúde mental na APS.

A seguir é apresentado um quadro comparativo como porte populacional, área territorial, atividades econômicas e arranjos organizacionais dos principais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cada município.

Quadro 2 - Perfil dos municípios da região nordeste do estado de Santa Catarina: População, Área Territorial, Principais Atividades Econômicas e organização da RAPS.

Município	População (Censo, 2022)	Área Territorial (km ²) (Censo, 2022)	Principais Atividades Econômicas	RAPS (Santa Catarina, 2025)
Araquari	45.286 habitantes	386,693 km ²	Crescimento industrial; destaque para o setor automobilístico (montadoras), metalúrgico e alimentício. ³	1 CAPS I; implementação de 1 eMulti (2025) e 1 Centro Multiprofissional.
Balneário Barra do Sul	14.912 habitantes	108,914 km ²	Turismo e Pesca. ⁴	2 eMulti, não possui CAPS.
Garuva	18.454 habitantes	503,595 km ²	Agricultura (banana, arroz, mandioca); turismo; setor industrial e logístico. ⁵	2 eMulti, 1 CAPS-I em implementação (2025).
Itapoá	34.546 habitantes	245,394 km ²	Turismo; atividade portuária; pesca e agricultura. ⁶	2 eMulti e 1 CAPS I
Joinville	646.317 habitantes	1.127,837 km ²	Polo econômico, tecnológico e industrial. ⁷	9 eMulti; 4 CAPS (Álcool e Drogas; CAPS-II; CAPS III e CAPS i).

³ Araquari, 2025.

⁴ Balneário Barra do Sul, 2009.

⁵ Garuva, 2025.

⁶ Itapoá, 2025.

⁷ IBGE, 2022.

São Francisco do Sul	52.674 habitantes	493 km ²	Armazenamento e Atividades auxiliares dos transportes, relacionados principalmente ao Porto, e o comércio varejista. ⁸	1 eMulti e 1 CAPS-I.
-----------------------------	-------------------	---------------------	---	----------------------

Produzido pela autora (2025).

O município de Araquari vem apresentando significativa expansão econômica e crescimento populacional. Nos últimos anos, evidencia-se crescimento do número de empresas, principalmente dos setores automobilístico, com destaque para as montadoras; metalúrgico, voltado à produção de peças ligados ao setor automotivo e outros segmentos industriais; e alimentício, englobando atividades de indústria, comércio e distribuição (Araquari, 2025). Esse cenário resultou no aumento das oportunidades de emprego, no crescimento populacional e na ampliação das políticas públicas, com ênfase para a expansão das equipes de Saúde da Família e o fortalecimento de outras estratégias nas áreas de saúde, assistência social e educação.

Balneário Barra do Sul, o menor município da região, emancipou-se de Araquari em 1º de janeiro de 1992. Fica localizado entre São Francisco do Sul e Barra Velha. É uma cidade litorânea, caracterizando-se por suas belezas naturais e tem sua economia fortemente vinculada à pesca e ao turismo.

Garuva tem como base econômica a agricultura, com destaque para a produção de banana, arroz e mandioca. Nos últimos anos, o turismo e o setor industrial passaram a impulsionar o desenvolvimento econômico do município. Por fazer divisa com Itapoá, município portuário, Garuva atualmente se destaca também no setor logístico (Garuva, 2025).

A população média de Itapoá é de aproximadamente 34.546 habitantes, com um crescimento significativo de 12,34% da população entre o CENSO de 2010 e 2022 (Itapoá, 2025), estando entre as cidades do país que mais cresce. O município faz divisa com o Paraná e é conhecido por suas praias e belezas naturais. Além disso, abriga um dos terminais portuários de maior destaque na América Latina.

⁸ SEBRAE, 2025.

Joinville é reconhecida como um importante polo econômico, tecnológico e industrial no estado de Santa Catarina e é o maior município em termos de território e população da região nordeste do estado. Além disso, no campo da saúde pública, Joinville é o polo de referência em média e alta complexidade para os municípios da região.

São Francisco do Sul é uma cidade histórica e conforme os registros é considerada a primeira povoação de Santa Catarina. Sua fundação ocorreu em 1947 e a pequena comunidade foi elevada à categoria de vila em 1957 (IBGE, 2022). O município localiza-se em região litorânea próximo dos municípios de Araquari e Balneário Barra do Sul.

Todos esses municípios compõem a Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial da microrregião nordeste do estado, promovida pela SES/SC, sendo este, um importante espaço de articulação e fortalecimento da Rede na região. Geralmente representantes da gestão são indicados pelas secretarias de saúde dos municípios, para compor este espaço, e discutir as principais fragilidades e desafios evidenciados pelos gestores e profissionais da rede.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 22 entrevistados, sendo seis representantes da gestão ligados à APS e 16 profissionais que atuam em eMulti da região nordeste de Santa Catarina.

Como estratégia metodológica, definiu-se inicialmente um número mínimo de participante, com a possibilidade de ampliação, conforme a adesão dos sujeitos à pesquisa e a necessidade de aprofundamento dos dados. O número mínimo planejado foi de um representante da gestão e um profissional por município, com exceção de Joinville, em razão de seu maior porte populacional em comparação aos demais, prevendo a participação mínima de um representante da gestão e três profissionais.

Esse planejamento resultaria em aproximadamente quatorze entrevistados. No entanto, a adesão dos sujeitos foi superior à expectativa inicial, o que possibilitou a ampliação do número de participantes, sendo o encerramento da coleta determinado

pela cessação da necessidade de novos dados, assegurando-se que em todos os municípios, houvesse a participação mínima estabelecida a priori.

Inicialmente foi definido entrevistar gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) e profissionais que atuassem em uma Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Entretanto, durante a coleta de dados, observou-se a existência de distintas funções de liderança na gestão, de modo, que diferentes representantes foram indicados pelos gestores para participarem da pesquisa: secretário de saúde adjunto, coordenador da eMulti e gerente da APS. Em função disso, optou-se por chamar essa categoria de sujeito de “representantes da gestão”.

A escolha de realizar as entrevistas tanto com representantes da gestão quanto com profissionais, decorre da compreensão de que a percepção sobre o cenário do cuidado em saúde mental pode divergir entre esses grupos. Dessa forma, ao acessar as percepções dessas distintas categorias de entrevistados, torna-se possível reconhecer diferentes pontos de vista e expectativas em relação ao tema da pesquisa.

Através desta amostra, esta pesquisa visou reunir informações relevantes que pudessem contribuir para a compreensão das dinâmicas e desafios atuais do cuidado em Saúde Mental na APS. Além disso, buscou-se realizar uma análise contextual da região investigada, levando em consideração as realidades de um município maior e de municípios menores.

Como ponto de partida, os pesquisadores acionaram redes de contato, e passaram a dialogar com profissionais de diferentes municípios da região, que auxiliaram a acessar os gestores das respectivas secretarias de saúde. Após apresentação do projeto de pesquisa, obteve-se o termo de Anuência para a realização do estudo.

Em Joinville, a pesquisadora precisou percorrer caminho distinto dos demais municípios, pois este possui um fluxo específico para a emissão do Termo de Anuência emitido pelo Centro de Educação e Inovação em Saúde, vinculado à secretaria municipal de saúde. Sendo assim, a pesquisadora seguiu esse caminho e obteve também a anuência necessária.

Em seguida, a pesquisadora fez contato direto aos possíveis sujeitos da pesquisa através do WhatsApp, utilizando as informações obtidas no primeiro contato. As entrevistas com os profissionais e representantes da gestão foram agendadas para dias específicos, conforme a disponibilidade dos mesmos.

Assim que os participantes sinalizaram disponibilidade para realizar a entrevista, eles receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁹. A pesquisadora explicou a cada participante os termos do TCLE e, somente após os esclarecimentos de todas as dúvidas dos entrevistados, eles foram convidados a assinar o termo em duas vias, ficando com a posse de uma das vias, e a outra com a pesquisadora. Somente depois desse processo, é que foram iniciados a coleta de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO

Com o intuito de serem elegíveis como participantes da pesquisa, os sujeitos deveriam atender a alguns critérios específicos. O primeiro, referiu-se à idade, sendo necessário ter 18 anos ou mais, sem distinção de gênero.

Os profissionais foram considerados elegíveis apenas se estivessem atuando por pelo menos três meses na eMulti. Por sua vez, os representantes da gestão deveriam estar exercendo a função de liderança no contexto da APS no mesmo recorte de tempo de atuação. Nesse sentido, foram excluídos da pesquisa os profissionais e representantes da gestão que não contemplaram este requisito.

Outro critério de exclusão de participação da pesquisa foi a ausência da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes critérios contribuíram na garantir a qualidade e relevância dos dados recolhidos, permitindo uma análise mais precisa e significativa dos dados da pesquisa e evitando possíveis vieses.

⁹ A pesquisa respeitou os termos da Resolução do CNS nº 466/2012 e foi provada e acompanhada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPISH, vinculado à UFSC.

4.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para este estudo, utilizou-se três instrumentos distintos: questionário para levantamento de informações sobre a realidade da APS dos municípios, questionário sociodemográfico e roteiro de entrevista.

a. Questionário para levantamento de informações sobre a realidade da APS dos municípios (Apêndice A)

Inicialmente, os representantes da gestão responderam a um questionário para identificar informações referentes ao número de equipes de ESF e de eMulti credenciadas pelo Ministério da Saúde nos municípios pesquisados. Além disso, esse questionário teve como objetivo a coleta de informações sobre o número de profissionais que atuam nas eMulti, suas categorias profissionais, além de um breve histórico de implementação e trajetória das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e das eMulti nos municípios. Esse questionário foi apresentado e preenchido durante a realização das coletas de dados com os entrevistados.

b. Questionário sociodemográfico (Apêndice B)

O segundo instrumento desta pesquisa foi um questionário auto aplicado para registrar dados sociodemográficos, preenchida tanto pelos representantes da gestão como pelos profissionais da eMulti. O questionário foi elaborado pela pesquisadora responsável com base na revisão de literatura, a fim de contemplar todas as questões que auxiliassem na caracterização dos participantes e discussão referente ao cenário atual de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

O questionário contemplou informações como: formação acadêmica e tempo de formação, serviço que atua, cargo que ocupa, tipo de vínculo profissional, tempo de serviço público e na lotação atual e um breve histórico sobre a carreira profissional.

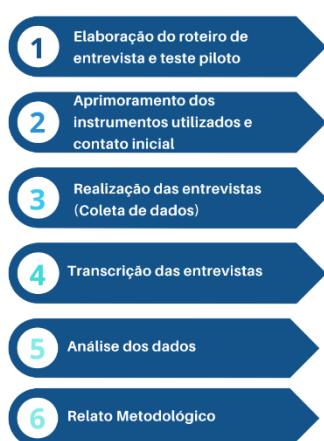
c. Entrevista semiestruturada

Foi elaborado um roteiro de entrevista diferente para cada grupo de sujeitos: um para os representantes da gestão (Apêndice C) e outro para os profissionais (Apêndice D). O roteiro visa estruturar a coleta de dados, com indicação dos tópicos

a serem abordados e questões sugeridas, as quais podem ter sua ordem alterada de acordo com o relato dos participantes.

A entrevista semiestruturada é muito utilizada em pesquisas qualitativas, sendo especialmente útil para investigar comportamento e subjetividade humana (Gil, 2008). Seguindo o modelo de entrevista proposto por Guazi (2021), o processo foi dividido em seis etapas, conforme descrito na figura a seguir:

Figura 3 - Etapas da Pesquisa



Fonte: elaborado pela autora (2025).

A elaboração do roteiro de entrevista realizado pela pesquisadora, teve como base a revisão de literatura sobre a temática da equipe multiprofissional da APS (Nasf e eMulti) e o cuidado em saúde mental e psicossocial. Posteriormente, a estrutura do roteiro foi apresentada e discutida com o professor e orientador Dr. Walter Ferreira de Oliveira. Após discussão e os aprimoramentos necessários, o roteiro foi testado em entrevista piloto com indivíduos que se enquadravam nas características buscadas para a amostra do estudo.

A etapa seguinte, a aplicação das entrevistas, exigiu que a pesquisadora fizesse contato com os municípios, e somente após a assinatura do termo de anuência, foi possível acessar aos sujeitos da pesquisa. A etapa da coleta de dados será mais bem descrita nos capítulos seguintes.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, realizada com os representantes da gestão, iniciou-se com o preenchimento do Questionário dirigido (Apêndice A) para obter informações do número de equipes de ESF e eMulti credenciadas, número de profissionais, histórico do Nasf/eMulti nos municípios, entre outros dados. Em seguida, aplicou-se o questionário sociodemográfico (Apêndice B) e por fim, realizou-se a entrevista semiestruturada (Apêndice C). De modo similar, para a coleta de dados dos profissionais se utilizou como instrumentos o questionário sociodemográfico (Apêndice B) e a entrevista semiestruturada (Apêndice D). Todas as entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora no período de fevereiro de 2025 a julho de 2025.

Todas as entrevistas foram conduzidas em salas disponibilizadas pelos próprios profissionais e representantes da gestão em seus locais de trabalho, buscando garantir o silêncio e um ambiente confortável para que não houvesse interferências nas gravações.

As entrevistas tiveram seus áudios gravados para registrar as falas, que foram posteriormente transcritas e analisadas. As entrevistas preferencialmente foram conduzidas com encontros presenciais, mantendo, no entanto, conforme a necessidade dos sujeitos participantes, a possibilidade de realizar no modo virtual, através de plataformas de videochamada. Todos os entrevistados da categoria “representantes da gestão” participaram da entrevista na modalidade presencial, enquanto na categoria “profissionais”, dentre os 16 sujeitos, apenas cinco preferiram participar da entrevista na modalidade online, representando a menor parte. Nesses casos, a entrevista foi gravada, mediante autorização prévia do participante, e o uso do fone de ouvido foi recomendado para garantir a privacidade e evitar problemas técnicos. Além disso, foi solicitado ao participante permanecer durante a entrevista em um ambiente fechado, de preferência com isolamento acústico.

Para a transcrição da pesquisa, foi utilizado o aplicativo Transpiktor e após a transcrição pelo aplicativo o arquivo foi transferido a um dispositivo eletrônico local e protegido por senha e deletado do aplicativo logo em seguida. Como segunda etapa da transcrição a pesquisadora escutou novamente os áudios, e realizou correções necessárias no documento transcrito. Todos os arquivos referentes a transcrição

permanecem armazenamentos apenas nesse dispositivo eletrônico local, acessível apenas a pesquisadora e ao orientador dessa pesquisa.

Visando manter o sigilo e o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por códigos de identificação, para facilitar as análises. Esses códigos foram apresentados por categoria de participantes, conforme destacado no quadro 02.

Quadro 3 - Códigos representados por categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	MODELO DE CÓDIGO
Profissional eMulti	P 01, P 02, P 03, P 04...
Representantes da gestão municipais	G 01, G 02, G 03, G 04...

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de análise temática. Esse método é abordado por Braun e Clarke (2006) que o descrevem como útil para identificar, analisar e relatar padrões (temas) a partir de dados coletados. Entre os benefícios destacados pelas autoras está a liberdade teórica, que possibilita oferecer uma descrição mais detalhada e diferenciada sobre um determinado tema específico.

Na análise temática, os temas dentro dos dados podem ser identificados por indução ou por dedução. Sem se encaixar em um modelo de codificação pré-estabelecido, a análise indutiva é guiada pelos dados coletados. Consequentemente, a análise é orientada pelo analista, que se preocupa menos com a descrição dos dados e mais em ressaltar com detalhes alguns aspectos dos dados (Rosa, Mackedanz, 2021).

Desse modo, a análise temática busca encontrar padrões repetidos de significados, envolvendo um movimento para frente e para trás pelo conjunto de dados. Neste método, a escrita surge como processo da análise e não como algo deixado apenas para o fim (Rosa, Mackedanz, 2021).

Braun e Clarke (2006) afirmam que nessa metodologia, os temas identificados capturam algo relevante sobre os dados em relação à pergunta da pesquisa,

representando um nível de significados ou uma resposta dentro do conjunto de dados. A definição de temas, portanto, não depende necessariamente de medidas quantificáveis, mas sim de capturar algo significativo em relação à pergunta da pesquisa (Braun e Clarke, 2006). As autoras dividem o processo de análise em seis fases: (1) Familiarização com os dados; (2) Geração dos códigos iniciais; (3) Busca por temas; (4) Revisão dos temas; (5) Definição e nomeação dos temas; (6) Produção do relatório.

(1) A familiarização com os dados, constitui o processo inicial da pesquisa, permitindo ao pesquisador compreender o conteúdo com profundidade e amplitude. (2) Alguns trechos significativos das entrevistas (frases, parágrafos ou expressões) são selecionados e cada unidade de registro recebe um rótulo, ou seja, um código, que sinaliza o sentido do trecho. (3) Esses códigos são revisados, comparados e refinados, fazendo o agrupamento daqueles que são semelhantes e a eliminação daqueles que possuem informações redundantes. Após a codificação e o agrupamento, faz-se a triagem de temas potenciais. (4) Na fase seguinte, revisam-se os extratos codificados e refinam-se os temas, com uma releitura do conjunto de dados para verificar se os temas dialogam de modo adequado com o conjunto ou se é necessário codificar dados adicionais dentro deles. (5) Quando existe um mapa temático satisfatório, com refinamentos finais, procede-se à definição e à nomeação dos temas. (6) Por fim, na fase de produção do relatório, o conjunto de dados já está totalmente trabalhado, contemplando a análise final e a escrita do relatório (Rosa, Mackedanz, 2021).

Acredita-se que a escolha dessa metodologia de pesquisa promoveu uma robusta interpretação dos dados, permitindo uma compreensão aprofundada das percepções dos profissionais da eMulti e representantes da gestão da APS sobre o cenário atual do cuidado em Saúde Mental. A sistematicidade dessa abordagem possibilitou que os resultados fossem confiáveis e úteis para contribuir com o conhecimento científico sobre o tema.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aceito sob o número do parecer 7.310.432, CAAE nº 84960624.8.0000.0121.

Cada participante recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) , que foi lido previamente, apresentando as informações sobre o projeto a fim de garantir a compreensão de sua participação na pesquisa. A entrevista foi realizada somente após esta leitura e assinatura do termo.

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesse sentido, compreende-se que esta pesquisa apresentou riscos mínimos, destacando-se os de caráter psicológicos ao expor ideias que pudessem ser constrangedoras aos entrevistados. A garantia do sigilo e anonimado das informações foram as estratégias utilizadas para minimizar os possíveis riscos, além do direito de interromper a pesquisa a qualquer momento.

Existiu ainda o risco de falhas tecnológicas na gravação ou perda dos dados, e, embora remota, a possibilidade de quebra de sigilo involuntária (como perda ou roubo dos dados ou equipamentos utilizados). Com o objetivo de minimizar os riscos, foram mantidos backup físicos e a utilização de equipamentos de qualidade, com antivírus atualizados.

Dentre os possíveis benefícios aos participantes, compreendeu-se que a participação na pesquisa possibilitou um espaço para a autorreflexão sobre o seu trabalho, bem como sobre os desafios e os avanços no contexto do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).

Caso ocorressem despesas relacionadas à participação, o ressarcimento seria feito mediante apresentação de comprovantes, com o valor compatível e pago no prazo mínimo possível, por transferência bancária ou PIX, conforme as disposições legais.

A primeira etapa da pesquisa nos municípios constituiu-se na apresentação do estudo aos representantes da gestão e profissionais, informando sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e possíveis riscos da pesquisa. Foi garantido o direito de consentimento informado, permitindo aos participantes a liberdade de consentir ou recusar sua participação, sem qualquer prejuízo à sua relação profissional.

O TCLE (Apêndice E) foi elaborado de maneira a prestar todas as informações necessárias, em linguagem acessível aos participantes, o qual foi lido e discutido, antes da sua concessão ao consentimento livre e esclarecido. Este documento foi impresso em duas vias e assinado por ambas as partes. Uma via foi garantida ao participante, enquanto a outra permaneceu com os pesquisadores.

Os resultados obtidos serão divulgados através de artigos científicos, reuniões técnicas nos municípios que participarem da pesquisa, ou outras formas de divulgação à sociedade, preservando a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Os entrevistados, bem como a gestão de saúde dos municípios terão direito de acesso aos resultados da pesquisa, se assim desejarem, e serão informados sobre como suas contribuições foram utilizadas para fins acadêmicos e científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta, de forma analítica, os resultados alcançados da análise temática, cujo objetivo é oferecer um retrato do cenário do cuidado em saúde mental na região nordeste de Santa Catarina, a partir da percepção de profissionais da eMulti e representantes da gestão.

Para realizar as reflexões acerca de resultados observados nos relatos dos entrevistados, a compreensão sobre a realidade vivenciada pelas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), é fundamental, uma vez que a eMulti se originou das experiências adquiridas durante o período de atuação dessas equipes. Com o intuito de compreender as dificuldades enfrentadas na consolidação do Nasf ao longo da sua história, realizou-se uma revisão integrativa de literatura sobre esse tema. A seguir é apresentado a estratégia de busca dos trabalhos nos bancos de dados, o fluxograma que descreve o passo a passo da seleção e os critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos.

Logo após, serão apresentados as impressões e descobertas iniciais, logo que os pesquisadores entraram em contato com o campo de pesquisa. Este subcapítulo, descreve informações sobre a organização e o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios participantes da pesquisa e apresenta as primeiras impressões sobre cenário de saúde mental. Além disso, situa os principais acontecimentos ao longo do período de coleta de dados, apresentando o pano de fundo contextual do cenário investigado.

Ainda com o intuito de apresentar informações necessárias para contextualizar as discussões sobre os resultados, este capítulo apresenta o perfil dos entrevistados, obtido por meio do questionário sociodemográfico (Apêndice B). Neste subcapítulo são apresentadas informações como formação profissional, idade, tempo de vínculo profissional, entre outros.

Por fim, os subcapítulos seguintes apresentam os temas identificados através da análise temática: o cenário atual do cuidado em saúde mental e o processo de trabalho da eMulti. O leitor terá acesso à descrição detalhada das etapas do processo de análise que levaram à definição de temas e, por fim, à discussão dos resultados.

Desejamos ao leitor uma leitura acessível, porém reflexiva, capaz de instigar reflexões relevantes que contribuam para o avanço de inovações no cuidado resolutivo em saúde mental no campo da saúde coletiva. Através da discussão dos resultados obtidos, buscou-se oferecer subsídios para metodologias, intervenções e políticas que promovam a interdisciplinariedade e a integralidade do cuidado em saúde mental na prática coletiva, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde.

5.1.1. Revisão de literatura

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, composta por artigos que abordaram questões referentes ao Nasf, compartilhando características metodológicas e temáticas que contribuíram para a compreensão sobre os entraves à sua consolidação.

Esta revisão contemplou seis passos: 1. identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2. estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3. definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; 6. apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). A pergunta norteadora elaborada para esta revisão foi: "Quais os entraves para a implementação e consolidação do Nasf?"

A busca na literatura foi realizada, nos idiomas português, espanhol e inglês, com recorte temporal de dez anos (2014-2024). Utilizaram-se as bases de dados: PubMed/Medline, Embase (Elsevier), Scopus (Elsevier), Web of Science (Clarivate Analytics), Lilacs e Scielo. Empregaram-se descritores controlados combinados com os operadores booleanos: ("Núcleo Ampliado de Saúde da Família" OR "Núcleo de Apoio à Saúde da Família" OR "Centro de Salud Familiar Ampliado" OR "Centro de Apoyo a la Salud Familiar" OR "Family Health and Primary Health Care Expanded Support Centers" OR "Expanded Family Health and Primary Care Centers" OR "Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers" OR "Expanded Family Health

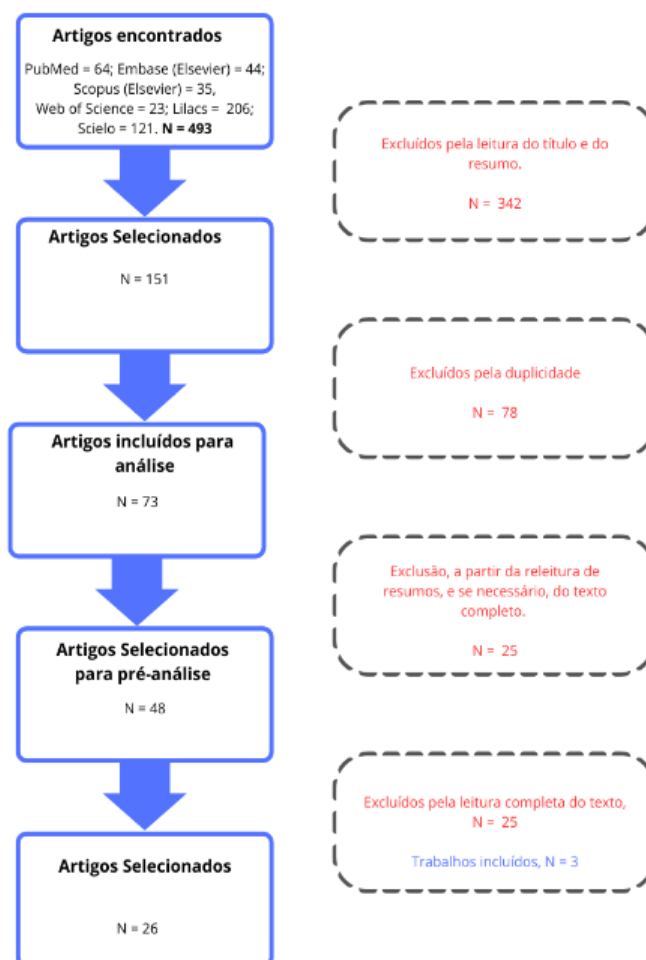
Center" OR "NASF-AB" OR "NASF-AP") AND ("Brasil" OR Brasil* OR "Brazil" OR Brazil*).

Os estudos selecionados deveriam abordar entraves relacionados à implementação e consolidação do Nasf, priorizando investigações qualitativas com abordagem descritiva e exploratória e que apresentassem dados capazes de evidenciar desafios práticos vivenciados no cotidiano do trabalho. Foram consideradas também revisões de literatura e análise de dados coletados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Inicialmente, a seleção foi feita na seguinte ordem: (1) leitura dos títulos e resumos, (2) exclusão de trabalhos duplicados, (3) releitura dos resumos e (4) leitura do texto completo. Com o objetivo de auxiliar na extração dos dados dos trabalhos, foi elaborado uma planilha no programa Microsoft Office Excel 365 contendo as seguintes informações de cada pesquisa: ano, autores, título, objetivo, método, resultados e discussões. O uso dessa ferramenta contribuiu para a elaboração de um quadro com a síntese das informações coletadas (Apêndice G).

A busca foi realizada no mês de dezembro de 2024, totalizando 493 publicações, distribuídas conforme apresentado na figura 4.

Figura 4 - Fluxograma da seleção dos trabalhos para a revisão de literatura sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família.



Fonte: elaborado pela autora (2025).

Na primeira etapa, todos os títulos e resumos foram lidos e aqueles que não tinham como tema principal o “Núcleo de Apoio à Saúde” ou “Núcleo Ampliado de Saúde da Família” foram automaticamente excluídos. Com isso, nessa fase, foram selecionados 151 estudos.

Em seguida, identificou-se que alguns desses trabalhos encontravam-se duplicados entre as bases de dados. Após a exclusão das duplicatas, restaram 73 estudos distintos.

Na etapa seguinte, foi realizada novamente a leitura dos resumos, o que resultou na exclusão de novos artigos. Assim, permaneceram 48 publicações elegíveis para a leitura integral.

Após a leitura completa dos estudos, foram excluídas 25 publicações. Ao final desta etapa, permaneceram selecionados para a revisão de literatura 23 artigos. Posteriormente, foram inseridos dois artigos e mais uma dissertação de mestrado, com informações complementares à análise realizada. Deste modo, ao final, foram incluídos na revisão integrativa de literatura 26 estudos.

Todos os estudos selecionados foram inseridos na planilha de Excel para extração detalhadas das publicações. A análise das informações extraídas através deste instrumento, auxiliou na elaboração do quadro apresentado no Apêndice G.

Este quadro apresenta a descrição das publicações selecionadas para a revisão integrativa de literatura conforme autor/ano, Título, Objetivo e Método (Amostra, Coleta de Dados e Análise de Dados). Todos os trabalhos analisados foram publicados entre os anos de 2014 e 2024. Predominaram os estudos qualitativos, com abordagens descritivas e exploratórias, que utilizaram entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise de conteúdo como principais técnicas de coleta e tratamento de dados. Boa parte dos estudos, abordaram a percepção dos profissionais atuantes do Nasf, favorecendo reconhecer os desafios práticos do cotidiano dos entrevistados.

Esses estudos permitiram uma compreensão contextualizada sobre as barreiras vivenciadas pelos profissionais na prática diária, como as de ordem estrutural, organizacional e de formação técnica. Além disso, permitiram entender sobre desafios enfrentados na efetivação do Nasf como um dispositivo da APS.

Durante a análise dos dados da pesquisa, surgiram achados distintos daqueles observados nos estudos encontrados nesta revisão de literatura, e diferentes temas atravessaram a discussão. Por isso, com o objetivo de aprofundar algumas reflexões, tornou-se necessário incorporar novos estudos, complementar a essa revisão.

5.1.2 Encontro com o campo: impressões e descobertas

O campo de estudo deste trabalho, região nordeste do estado de Santa Catarina, é composto por seis municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá, Joinville e São Francisco do Sul.

O município de Araquari, inicialmente, não participaria, pois, a coleta de dados ocorreu durante o período de implementação da eMulti nesse município, e um dos critérios de corte estabelecidos na metodologia era que os profissionais e

representantes da gestão deveriam possuir, pelo menos, três meses de experiências com a equipe atual. Contudo, devido a atrasos no processo de coleta de dados, esse requisito foi atendido a tempo e o município foi incluído.

Por outro lado, o município de São Francisco do Sul, embora tenha inicialmente recebido a proposta com entusiasmo, colocando sua equipe de saúde à disposição para colaborar, não conseguiu mobilizar profissionais e representantes da gestão interessados em participar da entrevista de coleta de dados. Por esse motivo, foi o único município da região nordeste do estado de Santa Catarina que não integrou esta pesquisa. Sendo assim, o estudo abrangeu representantes de Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá e Joinville.

A aplicação do Questionário para levantamento de informações sobre a realidade da APS dos municípios (Apêndice A), como primeiro instrumento de coleta de dados aplicado aos representantes da gestão, permitiu a obtenção de informações atualizadas e contextualizadas sobre a organização e o funcionamento da APS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos municípios investigados. Esse instrumento possibilitou captar um retrato da realidade vigente no momento da coleta de dados, considerando que as informações disponíveis nas plataformas públicas de dados, geralmente, apresentam defasagem temporal em relação às mudanças ocorridas no cotidiano dos serviços.

Atualmente, o município de Araquari possui treze equipes de Saúde da Família¹⁰ cadastradas e mais quatro em processo de credenciamento¹¹ e uma eMulti, com seis profissionais cadastrados. Faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-I e um Centro Multiprofissional com profissionais psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionista e terapeuta ocupacional¹².

Balneário Barra do Sul possui três equipes de Saúde da Família, duas equipes da Atenção Primária e duas equipes eMulti, com oito profissionais cadastrados¹³. Um serviço multiprofissional, com diferentes categorias profissionais (psicólogo, terapeuta ocupacional entre outros) faz parte da RAPS do município.

¹⁰ Conforme informações obtidas no eGestor.

¹¹ Informações obtidas com um representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

¹² Idem.

¹³ Idem.

Garuva possui nove equipes de Saúde da Família e duas equipes eMulti, com quinze profissionais cadastrados¹⁴. Faz parte da RAPS do município um serviço multiprofissional e no período da coleta de dados da pesquisa, estava em implantação um CAPS-I¹⁵.

O município de Itapoá possui onze equipes de Saúde da Família e duas eMulti¹⁶, com 14 profissionais cadastrados e possuem um CAPS-I¹⁷. Além do CAPS, o município possui um serviço multiprofissional composto por diferentes profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogo, entre outros.

O município de Joinville conta com 52 unidades básicas de saúde da família, com 176 equipes de Saúde da Família¹⁸. Possui 4 CAPS: álcool e drogas, modalidade II “Nossa Casa”, modalidade III “Dê Lírios” e o CAPS i¹⁹. Possui também o Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE) e o Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS) que tem a finalidade de promover a inclusão social das pessoas com transtorno mental grave e persistente e/ou com necessidades do uso de álcool, crack e outras drogas. Atualmente possuem nove eMulti cadastradas, com o total de 69 profissionais, além dos médicos cadastrados²⁰.

Ainda no início da coleta de dados, identificou-se que em 2020, ocorreram dois eventos importantes que apresentaram impactos na rotina dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Um deles foi a confirmação dos primeiros casos de Covid-19 no Brasil, causados pelo vírus SARS-CoV-2, seguido pela pandemia. O segundo evento foi o fim do financiamento e dos parâmetros de atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), com a publicação da Nota Técnica nº 3/2020 (Brasil, 2020). Observou-se que esses fatores tiveram grande impacto nas relações de trabalho desenvolvidas durante o período do Nasf, e que afetam a atualidade, na implementação da eMulti.

¹⁴ Conforme informações obtidas no eGestor.

¹⁵ Informações obtidas com algum representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

¹⁶ Conforme informações obtidas no eGestor.

¹⁷ Informações obtidas com algum representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

¹⁸ Informações obtidas com algum representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

¹⁹ Informações obtidas com algum representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

²⁰ Informações obtidas com algum representante da gestão, através do questionário (Apêndice A).

A relação entre os profissionais das equipes do Nasf e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi afetada durante o período da pandemia, frente à necessidade de isolamento social, que teve como consequência a restrição de atendimentos em saúde apenas para as situações urgentes. Essa realidade resultou no afastamento dos profissionais que atuavam nas equipes do Nasf às unidades de Saúde da Família e, como consequência, favoreceu o distanciamento entre os membros das duas equipes. Outro aspecto observado decorrente da pandemia foi o aumento nas condições de sofrimento psíquico, resultantes do isolamento social, do medo de se infectar, da perda de entes queridos, dos agravos de problemas socioeconômicos, das situações de violência, dificuldades de acesso à educação e saúde, desemprego, desigualdade social, entre outros.

Em 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentou um relatório com as primeiras evidências sobre o impacto da pandemia da COVID-19. Os resultados encontrados, aproximam-se da realidade evidenciada no cenário desta pesquisa. O documento estima um aumento dos problemas de saúde mental em 27,6% (intervalo de confiança de 95%: 25,1-30,3). Destaca-se, no entanto, a dificuldade de obter uma estimativa confiável devido à carência de estudos com delineamento longitudinal, e a necessidade de mais pesquisas sobre o tema em populações de risco específicos e em países de baixa e média renda. Ainda assim, aponta um aumento significativo dos problemas de saúde mental na população em geral no primeiro ano da pandemia, sobretudo com pessoas de jovem idade, sexo feminino e condições de saúde preexistentes associados como fatores de risco. Além disso, o relatório enfatiza que os estudos indicam que a pandemia ampliou ainda mais a lacuna na disponibilidade de tratamento em saúde mental.

Com o fim do financiamento e dos parâmetros do Nasf, os municípios que desejaram permanecer com os seus profissionais que atuavam anteriormente no Nasf na APS, tiveram que definir os próprios fluxos de trabalho e modelo de cuidado. Durante cerca de três anos, não houve na esfera federal o cofinanciamento e parâmetros para equipes de apoio à APS. A partir da mudança do governo federal em janeiro de 2023, logo nos primeiros meses da nova gestão, através da Portaria nº 635/23 (Brasil, 2023a) foi instituído e criado o incentivo financeiro federal para a implementação da eMulti, exigindo que a gestão dos municípios ajustasse suas

equipes às novas diretrizes e objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Frente a essa mudança, os gestores direcionaram os seus profissionais, de modo a adaptar-se às diferentes modalidades de equipes propostas, buscando alcançar o melhor custo-benefício diante da perspectiva do cofinanciamento do governo federal.

Publicada em maio de 2023, essa portaria possui um marco temporal muito próximo do período de levantamento de dados da pesquisa realizada (2025). Nesse contexto, a implementação da eMulti ocorre de maneira gradual, ainda que o serviço já esteja em operação em diversos municípios. Assim, a equipe atua enquanto se consolida, ao mesmo tempo em que busca uma maior integração com as demais equipes da APS. Um exemplo prático dessa realidade é o novo modelo de cofinanciamento da APS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024 (Brasil, 2024c), que está sendo implementada concomitantemente à consolidação da eMulti. Os indicadores de incentivo financeiro, baseados no pagamento por desempenho, podem ser uma estratégia importante para promover a integração da eMulti às demais equipes da APS, além de orientar o modelo de cuidado esperado.

O contato com representantes da gestão e profissionais da eMulti sinalizaram a percepção de mudanças importantes quanto a organização de trabalho dessa equipe, quando comparada as experiências anteriores com o Nasf. Os relatos coletados também convidam à reflexão sobre o espaço que o Apoio Matricial (AM) ocupa na lógica atual de cuidado desenvolvida pela eMulti, mostrando desafios importantes na realização do apoio pedagógico às eESF.

Um movimento importante do MS em parceria com a Fiocruz foi identificado ao longo do período de coleta e análise dos dados dessa pesquisa, uma formação para os profissionais da eMulti. Obteve-se acesso ao caderno de texto do curso promovido. Fazem parte da elaboração deste material, autores importantes no contexto da saúde mental, atenção psicossocial e APS, como Gastão Wagner de Sousa Campos e Maurício Pereira Mattos. Entre os temas abordados no caderno estão o método Balint-Paideia, educação permanente e cogestão, saúde mental na APS e dispositivos de cuidado.

5.1.3 Perfil dos participantes

Participaram da pesquisa 22 entrevistados, sendo seis representantes da gestão e 16 profissionais. Em todos os municípios, houve pelo menos um representante de cada uma dessas categorias.

A pesquisa envolveu profissionais de diferentes eMulti e de distintas modalidades (Ampliada, Complementar e Estratégica). Ao todo, nos cinco municípios participantes, totalizam-se 16 eMulti. Contudo, nem todas as eMulti tiveram os seus profissionais entrevistados, uma vez que a amostra considerou o número de entrevistados por município e não por equipes.

As informações, obtidas através do questionário sociodemográfico (Apêndice B), permitiu reconhecer a alta prevalência de pessoas do sexo feminino entre os sujeitos que participaram desta pesquisa, correspondendo a 100% dos representantes da gestão. A análise dessa categoria expõe que a idade desses sujeitos variou entre 30 e 59 anos. Já as suas formações profissionais incluem auxiliar de enfermagem, enfermagem, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia, como pode ser observada na tabela 5. Entre os cargos exercidos como representantes de gestão, houve variação entre coordenação da eMulti ou da APS, gerência da APS e secretaria municipal de saúde adjunta. Mais da metade dos representantes da gestão (67%) tiveram experiência anterior com o Nasf, atuando como profissionais e/ou exercendo função de liderança. Além disso, todos eles possuem mais de 5 anos de vínculo estatutário no município que atuam.

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico dos representantes da gestão entrevistados.

REPRESENTANTES DA GESTÃO		
Variável	Total	%
Sexo		
Feminino	6	100
Masculino	0	0
Idade		
20 - 29 anos	0	0
30 - 39 anos	2	33
40 - 49 anos	2	33
50 - 59 anos	2	33
Profissão		
Auxiliar de Enfermagem	1	17
Assistente Social	0	0
Educador Físico	0	0
Enfermagem	2	33
Fisioterapia	1	17
Fonoaudiologia	1	17
Psicologia	1	17
Terapia Ocupacional	0	
Função na Gestão		
Coordenadora eMulti	2	33
Coordenadora APS	1	17
Gerente APS	2	33
Secretária de Saúde Adjunta	1	17
Experiência Nasf		
Sim	4	67
Não	2	33
Tempo neste vínculo profissional		
3 - 11 meses	0	0
1 ano - 4 anos	0	0
5 - 9 anos	2	33
10 - 14 anos	1	17
15 - 19 anos	1	17
20 anos ou mais	2	33
Tipo de Vínculo		
Estatutário	6	100
Outros	0	0

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Dados coletados em 2025

Com relação a categoria dos profissionais, identificou-se que 81% dos entrevistados são pessoas do sexo feminino e entre a categoria profissional houve a

prevalência dos psicólogos (44%), seguidos de terapeutas ocupacionais (19%), fisioterapeutas e assistentes sociais (13% cada um) e educadores físicos e fonoaudiólogos (6% cada um). A idade dos participantes indica que os profissionais são, em sua maioria, pessoas com idade superior a 40 anos (69%). Além disso, 69% dos profissionais possuem mais de 10 anos de atuação no município que trabalham e todos os entrevistados relataram ter vínculo estatutário.

Tabela 5 - Perfil sociodemográficas dos profissionais que participaram da entrevista.

PROFISSIONAIS		
Variável	Total	%
Sexo		
Feminino	13	81
Masculino	3	19
Idade		
20 - 29 anos	1	6
30 - 39 anos	4	25
40 - 49 anos	5	31
50 ou mais	6	38
Profissão		
Assistente Social	2	13
Educador Físico	1	6
Enfermagem		0
Fisioterapia	2	13
Fonoaudiologia	1	6
Psicologia	7	44
Terapia Ocupacional	3	19
Experiência Nasf		
Sim	8	50
Não	8	50
Tempo neste vínculo profissional		
3 - 11 meses	3	19
1 ano - 4 anos	1	6,3
5 - 9 anos	1	6,3
10 - 14 anos	3	19
15 - 19 anos	3	19
20 anos ou mais	5	31
Tipo de Vínculo		
Estatutário	16	100
Outros	0	0

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Dados coletados em 2025

← 31%+38%=69%

← 19%+19%+31%=69%

5.2 PERCEPÇÃO DE REPRESENTANTES DA GESTÃO E DE PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM A EMULTI SOBRE O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Os temas identificados a partir da análise temática foram: (1) o cenário atual do cuidado em saúde mental na APS e (2) o processo de trabalho da eMulti. Os resultados dessa análise são apresentados nos quadros a seguir, o primeiro corresponde ao tema 01 e o segundo ao tema 02. Em cada quadro são descritos os núcleos de sentidos de cada tema, bem como as respectivas categorias de análise associadas aos núcleos, as quais subsidiaram a discussão dos resultados.

Quadro 4 - Apresentação do tema central 01, Subtema 01 e 02, e categorias emergentes pela análise temática.

Tema Central - 01	Subtemas	Categorias
O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.	A compreensão sobre a eMulti – nova equipe de apoio à Atenção Primária à Saúde.	Falta de Clareza sobre as funções e papéis da eMulti.
		Ampliação da dimensão assistencial da atuação da eMulti.
		Expectativas referente às normas e direcionamentos.
	O predomínio do modelo biomédico e seus efeitos na consolidação da eMulti.	Perpetuação do Modelo Biomédico.
		Atuação desarticulada entre profissionais da eMulti/ Cuidado Fragmentado.
		Alta demanda por cuidados em Saúde Mental/Atenção Psicossocial.
		Predomínio dos atendimentos individuais e uniprofissional.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 5 - Apresentação do Central 02, Subtema 01, 02 e 03, e categorias emergentes pela análise temática.

Tema central - 02	Subtema	Categoria
O PROCESSO DE TRABALHO DA EMULTI.	Estratégias de organização do trabalho.	Atuação profissional simultânea em dois serviços distintos.
		Diferentes formas de organização de trabalho da eMulti.
		Prática profissional: encruzilhada entre o uniprofissional e o multiprofissional/interdisciplinar.
		Organização do trabalho entre ESF e eMulti, através da lógica de encaminhamento de demandas.
		Manutenção e organização de formulário de encaminhamentos.
		Valorização do especialista (fragmentação do cuidado).
		Regulação da fila de espera na APS.
	A construção do trabalho interdisciplinar para o apoio matricial e a promoção do cuidado.	Apoio Matricial esvaziado (sem prioridade).
		Atuação desarticulada entre eMulti e ESF.
		Atuação distante do território.
		Atuação desarticulada dos diferentes pontos da RAS e da Rede Intersectorial.
		Potencialidades na construção do trabalho em equipe e na promoção do cuidado.
	O desafio de ser eMulti – barreiras e caminhos para superação.	Deficiências Estruturais.
		Gestão e Suporte Técnico.
		Sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.
		Capacitações e Formações.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

5.2.1 Cenário de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde

O processo da análise temática nos permitiu identificar dois subtemas referentes ao primeiro tema “O cenário atual de cuidado em saúde mental na APS”: (1) a compreensão sobre a eMulti - nova equipe de apoio à APS e (2) o predomínio do modelo biomédico e seus efeitos na consolidação da eMulti.

5.2.1.1 Compreensão sobre a eMulti - nova equipe de apoio à Atenção Primária à Saúde

A eMulti emerge em um período político em que o antagonismo aos princípios do SUS cresce intensamente, resultando em um cenário marcado pelo desmonte da APS, que inclui a revogação dos parâmetros do Nasf em 2020. Essa mudança, agravada pela pandemia de COVID-19, resultou na redução do número de equipes de apoio à APS por todo o país, impactando diretamente a provisão de cuidado integrado e acentuando dificuldades da atuação interdisciplinar (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022).

Os relatos das entrevistas apontaram fragilidades vivenciadas pelos profissionais que atuavam durante o período da pandemia na equipe Nasf (eNasf), especialmente nas relações com a comunidade e com as equipes de saúde da família. Tanto profissionais quanto os representantes da gestão referem ter observado a redução do número de ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais do Nasf nas Unidades de Saúde da Família (USF), bem como das ações compartilhadas, discussões de caso, reuniões de matriciamento, entre outras atividades.

Com o fim do financiamento e dos parâmetros do Nasf nesse mesmo período, houve agravamento da situação. Após o governo federal deixar de reconhecer a importância dessas equipes no fortalecimento dos cuidados na APS, os profissionais precisaram se reinventar e atuar com proatividade, mesmo diante de um cenário adverso. Os relatos indicam que, até hoje, mesmo com a eMulti, os municípios da região ainda enfrentam desafios para superar esses impactos e restabelecer o vínculo e a articulação com as equipes de saúde da família, na expectativa de retomar uma realidade semelhante àquela anterior a esses acontecimentos.

O contato com os representantes da gestão e profissionais da eMulti, deu acesso a relatos que demonstram como esse cenário permanece afetando a rotina cotidiana, conforme indica o depoimento a seguir:

Acabou mesmo depois da pandemia. Desde 2020, a gente não conseguiu retomar como a gente tinha no Nasf, sabe? Porque aí foi... Quebrou o vínculo com as unidades. A gente estava impedido de ir às unidades de saúde, porque deixaram só os atendimentos urgentes, né? E aí, a gente não conseguiu, até hoje, retomar completamente como era o Nasf, sabe? Foi bem difícil. E aí teve uma interferência do governo federal e municipal, que eram do mesmo lado, e não viram muita necessidade desse trabalho que a gente fazia antes. A gente passou, basicamente, a fazer consultas individuais que nem cabiam na atenção básica, dentro da atenção básica. O formato que a gente tinha de Nasf a gente não conseguiu, até hoje, retomar. (G 03)

Nesse contexto, a partir da mudança de governo em 2023, na expectativa de retomar o fortalecimento do trabalho com múltiplas categorias profissionais na APS, surgiu a eMulti. No entanto, a Portaria nº 635/23 (Brasil, 2023a) que institui e regula a implementação da eMulti apresenta diferenças importantes em relação à Portaria nº 154/08 (Brasil, 2008) que instituiu o Nasf. Sua redação é mais sintética e menos detalhada, não especificando de maneira tão rica as ações e responsabilidades dos profissionais envolvidos. Além disso, até o momento, não foi produzido um documento orientador semelhante ao CAB nº 27, que foi publicado cerca de 1 ano após a criação do Nasf.

Reconhecendo essa realidade, observa-se nas falas dos entrevistados, um sentimento geral de ambiguidade, confusão e desconhecimento que permeiam a atuação das equipes, após dois anos da publicação da Portaria nº 635/23.

Não. Eu acredito que não está, porque como eu disse antes, na verdade, eu me baseio no Nasf. Mas eu não sei exatamente se era esse... se o modelo... se era esse o propósito. Então não está claro! (G 02)

A eMulti, assim, ficou meio perdida, né? Eu achei que, nesse momento, quando teve a transição ali do nome, se perdeu um pouco. E eu acho que ninguém entendeu bem o que é o modelo agora e como é pra funcionar. (G03)

Olha, ela não é clara como era a do Nasf, né? Tanto que, pra mim, eu não sei por que mudaram o nome do Nasf. É uma nova... deram um novo nome, né? Mas a atuação do Nasf, o que diz que é pra acontecer no Nasf, eu acho que funcionava muito bem — obrigada — se fosse aquilo que tá escrito lá, né? Se acontecesse. Mas, de fato, a portaria não deixa claro todos os pormenores. Ela fala muito do credenciamento, da carga horária, da composição. E aí dá itens lá bem genéricos, né? Atenção, atendimento compartilhado, atendimento coletivo. Tá! Mas como fazer isso, né? (P16)

Os relatos revelam que os entrevistados não possuem uma compreensão clara do que se espera da organização do trabalho a ser estabelecido, dos objetivos a serem alcançados com a atuação da eMulti e das relações que devem estabelecer com as equipes de saúde da família. Essa falta de clareza gera desconforto, uma vez que os representantes da gestão e os profissionais entrevistados, de modo geral, apontam a ausência da compreensão sobre esses aspectos. Como consequência dessas incertezas, a definição da organização do trabalho tem ficado a cargo dos próprios gestores municipais ou dos profissionais, que escolhem abordagens e estratégias de trabalho de forma autônoma, sem uma fundamentação técnica e política definida pelo MS.

A Portaria nº 154/08, em seu artigo 1º, estabelecia que o objetivo do Nasf era “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como a resolutividade, apontando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB” (Brasil, 2008). Corroborando essa perspectiva, tanto o CAB nº 27 (Brasil, 2009b) quanto o CAB nº 39 (Brasil, 2014), documentos orientadores produzido pelo MS, destacam o papel do Nasf na ampliação da abrangência, da resolutividade e das ações de cuidado na APS.

Frente a essa perspectiva, chamou a atenção, algumas narrativas apontando a percepção de que a eMulti, em relação ao Nasf, possui como diferencial a ampliação do escopo de cuidado na APS. Observa-se que essa percepção está relacionada à expectativa de que a ampliação de ações de cuidado promovidas diretamente pelos profissionais da eMulti, possa resultar na expansão desse escopo de cuidado.

O novo modelo de cofinanciamento da APS, lançado em maio de 2025, inclui indicadores de desempenho específicos para a eMulti. Entre esses, o indicador M 01 - média de atendimento por pessoa assistida pela eMulti, está diretamente relacionada à indução das práticas assistenciais. Seu objetivo é estimular o aumento do número de atendimentos realizados por cada pessoa acompanhada pela eMulti.

Campos (2024), em artigo publicado no caderno de textos produzido para a formação promovida pela Fiocruz aos profissionais que atuam na eMulti, destaca que essa equipe possui entre as suas atribuições contribuir para o cuidado ao longo do tempo, de maneira longitudinal dos problemas de saúde. Dessa forma, o indicador M01 parece fomentar justamente o desenvolvimento de ações assistenciais que promovam esse cuidado contínuo e duradouro aos usuários pelos profissionais da

eMulti. A seguir, apresenta-se o relato de um representante da gestão que valoriza o atendimento individual como elemento central das ações assistenciais, apontando essa metodologia como essencial para ampliar a resolutividade do cuidado. Tal discurso sugere que o cuidado compartilhado não produz um cuidado especializado e resolutivo:

Totalmente diferente. É, o que que mudou? Muito mais dinâmica, muito mais resolutiva. Mudou um pouco a mentalidade dos profissionais, porque antigamente eles achavam que não tinham que fazer atendimento individual — e é uma necessidade que a gente tem. Então, hoje, a gente tem um caso ou outro resistente, né? Nós estamos trabalhando nisso já, também. Mas a maioria, a grande maioria, mudou a chavinha, e é outra realidade. Bem melhor. (G05)

Outro relato, aponta para a expectativa de que a ampliação das ações assistenciais da eMulti e a redução da dimensão pedagógica do apoio matricial, contribuirão para a ampliação do cuidado promovido por essas equipes, exigindo maior proatividade dos profissionais na proposição e promoção das ações de cuidado:

Uma coisa que eu percebo é assim: o Nasf tinha, no profissional, um profissional de apoio. Apoio à atenção da família. E, com a saída do Nasf, com a criação da eMulti, eu vejo que o profissional precisa não mais ser um profissional de apoio, mas um profissional que promova as suas ações. Por exemplo: tem uma equipe de ACS que tem um grupo de atividade física. 'Ah, o profissional da eMulti tá lá.' 'Ah, tem uma fisioterapeuta ou uma enfermeira lá, numa outra unidade, que tem um grupo, onde o profissional da eMulti tá lá'. Isso, além de outras coisas, claro, era muito o formato do apoio do profissional do Nasf. E, com a criação da eMulti, o profissional precisa começar a propor as suas ações. (P05)

A história da trajetória do Nasf, aponta que o embate entre aqueles que defendiam uma equipe de apoio (matricial) e aqueles que desejavam uma equipe de especialistas para prestar assistência direta aos usuários sempre esteve presente (Mattos; Gutiérrez e Campos, 2022). Ao analisarmos os documentos norteadores - CAB nº 27 e CAB nº 39 - observa-se que, no primeiro, existia uma orientação clara de que os atendimentos individuais com intervenções específicas realizados pelos profissionais do Nasf, deveriam ocorrer apenas em situações de extrema necessidade (Brasil, 2009b). Já no CAB nº 39, foi apresentado uma nova configuração sobre essa abordagem, sem impor restrições à prática individualizada. Entretanto, a discussão de caso e a definição de um projeto terapêutico elaborado em conjunto com a ESF continuou a ser fortemente estimulado (Brasil, 2014).

Com relação às atividades coletivas compartilhadas entre o Nasf e a ESF, elas sempre foram estimuladas e fizeram parte do escopo de ações desenvolvidas pela

equipe de apoio. No CAB nº 39, por exemplo, no capítulo 3 - “Colocando em Prática o Apoio Matricial: Algumas Ferramentas que o Nasf pode utilizar”, o trabalho com grupos (operativos, terapêuticos, motivacionais, terapia comunitária, grupos de convivência e grupos de mulheres, são alguns exemplos) foi descrito como um importante recurso no cuidado aos usuários na APS (Brasil, 2014).

A polarização entre o papel clínico-assistencial e o técnico-pedagógico é um dos principais desafios ao longo da trajetória do Nasf (Fiocruz, 2024). Neste momento os indicadores do cofinanciamento da APS e os textos produzidos para a formação dos profissionais da eMulti indicam um deslocamento da centralidade do AM, conforme diretrizes do Nasf, para um foco maior no incentivo às ações assistenciais diretas dos profissionais da eMulti, voltadas à ampliação da dimensão clínico-assistencial do apoio.

O que se observa é uma tendência de especialização dos atendimentos realizados no SUS, evidenciada pela ênfase da eMulti em ampliar ações assistenciais e os atendimentos clínicos individuais. Essa hipótese é corroborada também pelo Programa Agora Tem Especialistas (PATE), lançado em maio de 2025, por meio da Medida Provisória nº1.301, que embora vise ampliar o acesso a consultas e procedimentos especializados, opera dentro de um contexto político e econômico que tende a fortalecer a participação do setor privado na rede SUS. A curto prazo, isso pode reduzir gargalos e ampliar serviços, mas, a médio e longo prazo, não há garantia de mudanças estruturais profundas: persiste a concentração de recursos nas regiões metropolitanas, a privatização de funções regulatórias e a dependência tecnológica externa. Sem redistribuição de recursos, reorganização da força de trabalho e fortalecimento da regulação pública, os ganhos podem ser temporários e dissociados da universalidade, equidade e integralidade do atendimento (Miranda et al, 2025).

Do mesmo modo, o problema central da proposta da ampliação da dimensão assistencial da eMulti, reside no fato de não estar plenamente alinhada com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente a integralidade, a resolutividade e a intersetorialidade. A lógica que sustenta esta proposta tende contribuir para o desenvolvimento de um sistema de saúde fragmentado e desalinhado com a lógica de cuidado da APS.

Ao analisarmos a problemática à luz dos atributos e características da APS descritos por Starfield (2002), evidenciamos riscos significativos decorrentes da

superespecialização dos cuidados na APS. Em particular, a integralidade, que visa promover cuidados abrangentes ao englobar todos os aspectos da saúde (físico, psíquico e social), tende a ser comprometida pela ênfase excessiva no atendimento individual/uniprofissional e pela carência de indução do apoio matricial e do cuidado compartilhado entre diferentes profissionais e pontos da rede intersetorial, especialmente entre a eMulti e a eESF. Tal realidade, contribui a um cuidado empobrecido, que não integra diferentes olhares e estratégias para promover uma atuação integrada de diferentes profissionais e cuidados resolutivos, que promove um cuidado ampliado dos indivíduos e comunidade.

Outro aspecto relevante, a partir da perspectiva de Starfield (2002), é a orientação da APS à comunidade e o reconhecimento das necessidades de saúde do território. A priorização do cuidado assistencial, aliada à ausência da indução da dimensão pedagógica do apoio matricial, distancia as ações de cuidado da reflexão crítica e da promoção de estratégias que reconheçam as necessidades regionais.

5.2.1.2 “Terra de ninguém”: Predomínio do modelo biomédico e seus efeitos na consolidação da eMulti

A literatura aponta que, embora o Nasf tenha surgido com o objetivo de promover uma atenção à saúde integral, por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, com uma abordagem que superasse o foco na doença e considerasse os fatores sociais, culturais e ambientais (Brasil, 2010b), o modelo biomédico - caracterizado por uma perspectiva assistencialista e curativa, centrado no atendimento individual e na figura do médico - permaneceu predominante ao longo da consolidação do SUS (Nascimento e Oliveira, 2016; Leite, Soares e Oliveira, 2016; Oliveira e Nascimento, 2016; Shimizu e Fragelli, 2016; Arce e Teixeira, 2016; Macedo et al, 2016; Santos e Mandelbaum, 2016; Orué et al, 2016; Santos, 2018; Nascimento et al, 2018; Alvarez, Vieira e Almeida, 2019; Barros et al., 2019; Nascimento e Cordeiro, 2019; Silva, Silva e Oliveira, 2020; Santos et al, 2022; Guimarães et al, 2023; Silva et al, 2023; Magalhães et al, 2024).

Tais estudos apontaram para a predominância do uso do conhecimento técnico sobre transtornos mentais durante o período de atuação do Nasf, como prática de avaliar e atuar no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico. Essa lógica de

cuidado visa, sobretudo, o controle de sintomas e valoriza a especialização dos profissionais, contribuindo para a perpetuação do cuidado restrito a medicalização dos sofrimentos psíquicos, bem como para a prática de encaminhamento das demandas para os serviços especializados, especialmente à psicologia e psiquiatria. Nesse contexto, a escuta dos sintomas predomina no cotidiano, e questões sociais, econômicas, de gênero e de raça acabam não encontrando espaço de acolhimento nas narrativas do sujeito.

Conforme a percepção de alguns dos entrevistados, essa realidade persiste na APS dos municípios participantes da pesquisa, como podemos observar no relato a seguir:

Me angustia demais o fato de o paciente vir para um atendimento com o médico, e o paciente estar em sofrimento naquele momento, por algo grave que tenha acontecido e então o médico necessariamente irá medicar. Necessariamente! É muito raro o médico não medicar. Poderia medir, pedir para o paciente voltar daqui uma semana... e então medicar... Mas não! Ele medica e pede para o paciente retornar daqui a 60 dias para renovar a receita. Muitas vezes, na renovação da receita, ele não vê o paciente, e esse paciente vai tomando remédio... Vai tomando remédio... E aquela demanda que desencadeou, muitas vezes, aquela crise, aqueles sintomas, foi e não precisa mais da medicação. (P 07)

O problema dessa lógica de cuidado concerne na negligência de fatores socioeconômicos e ambientais associados aos problemas de saúde. Desse modo, a organização do cuidado tende a ser centrada apenas nos sinais e sintomas, responsabilizando os problemas de saúde unicamente aos fatores inerentes ao indivíduo – estritamente biológicos. Além disso, observa-se a atuação do profissional como detentor do conhecimento técnico, o que favorece práticas de atendimento uniprofissionais e com foco no tratamento medicamentoso, em detrimento de abordagens interprofissionais, intersetoriais e voltados ao território.

Essa realidade, associada a pouca compreensão acerca do que se espera da atuação dos profissionais da eMulti, parece se refletir-se nas distintas formas de organização observadas entre uma equipe e outra. Alguns profissionais referiram que suas equipes mantinham uma atuação bastante próxima ao modelo ambulatorial da clínica tradicional, concentrando seus esforços em atendimentos individuais organizados em filas de espera, com pouca articulação tanto com a ESF quanto com os próprios membros da eMulti. Outros relataram que a articulação entre os colegas da sua equipe (eMulti) e da ESF estavam presentes como prática diária, no entanto,

as reuniões de matriciamento ocorriam apenas com algumas equipes ESF (eESF), mantendo ênfase nas ações de assistência. Por fim, uma proporção menor de profissionais entrevistados, afirmaram que suas equipes funcionavam de maneira integrada, atuando mais próxima das eESF, mantendo reuniões periódicas de AM com todas as eESF de referência.

Então, quando eu entrei, a gente tinha o manual do Nasf, né? A gente estava se baseando no manual do Nasf, mas, depois, a gente continuou seguindo, mesmo com a mudança para a eMulti. A gente continua se norteando pelo manual do Nasf, ainda hoje, sabe? Mas, assim, o que eu percebo é que... eu não sei se você está entrevistando outros profissionais do município, mas, assim, a minha visão é que os profissionais hoje, independente da área, da eMulti, cada um tem feito mais ou menos... cada um trabalha de uma forma. Cada eMulti trabalha de uma forma, sabe? A eMulti aqui desta unidade trabalha de uma forma, a eMulti da outra unidade trabalha de outra. A gente vê que não tem um consenso, sabe? Isso também... é isso que me incomoda um pouco, sabe? [...] (P06)

As dificuldades na compreensão da proposta de trabalho também foram apontadas por Leite, Oliveira e Nascimento (2016), por meio de um estudo qualitativo com profissionais de equipes do Nasf de São Paulo/SP. Embora os documentos norteadores do Nasf (CAB 27 e 39), os profissionais da equipe enfrentaram desafios para compreender a proposta de trabalho descrita e defender a abordagem matricial. Os autores constataram que as equipes da ESF apresentavam expectativas de um cuidado pautado no modelo ambulatorial, imediatista e curativo, ao mesmo tempo, os próprios profissionais do Nasf, muitas vezes, não compreendiam a proposta de trabalho. Essa realidade exigia dos profissionais esforços diários para defender a proposta descrita nos documentos orientadores, enfrentando contradições entre a prática ideal e a realidade enfrentada.

O predomínio dos atendimentos individuais na atuação dos profissionais do Nasf, também foi constatado em diversos estudos analisados (Sousa, 2014; Macedo et al, 2016; Santos; Mandelbaum, 2016; Soares e Oliveira, 2016; Santos, 2018; Orué et al, 2018; Alvarez, Vieira; Almeida, 2019; Santos et al, 2022; Guimarães et al, 2023).

A pesquisa realizada por Alvarez, Vieira e Almeida (2019), por meio de revisão sistemática de publicações científicas de 2013 a 2018, constatou que os profissionais do Nasf enfrentavam desafios significativos frente as expectativas por atendimento individual dos profissionais das equipes de ESF. Diante desta realidade, os profissionais acabavam cedendo à pressão e cobrança pelos atendimentos individuais, como única ou principal atividade exercida.

Os relatos obtidos nas entrevistas, demonstram que o atendimento individual e uniprofissional, de modo similar ao contexto do Nascf, permanece sendo a principal prática de cuidado promovida pelos profissionais:

A gente só tem atendimento individual, só tem atendimento individual [...] porque a gente tem uma cobrança bem grande de atendimento. E filas, e MP, e Conselho Tutelar em cima, sabe? Muitas coisas, e a gente tá praticamente só fazendo essas demandas que vêm de lá. (G 03)

Porque, até então, aqui no município, tem um espaço, que é a terra de ninguém. Porque não é nada mais do que um ambulatório. E o que aconteceu: toda a equipe eMulti, supostamente, ficou nesse local. Então, eu brinco que é um fake eMulti, porque se atua como ambulatório. (P 15)

[...] Mas o que eu vejo acontecendo hoje é ambulatório — e é o que a gestão tem colocado pra gente — como se isso fosse... o suficiente! Não. Como se isso fosse o correto, como se isso fosse a solução de todos os problemas. (P 16)

Deste modo, é possível reconhecer que a lógica de cuidado, pautado no modelo biomédico, de encaminhamento, atendimentos individuais e grupos psicoterapêuticos, continua predominante na realidade dos profissionais participantes. Nesse contexto, observa-se um afastamento de outras estratégias de cuidado, como o uso da arte e da cultura, bem como a inserção dos profissionais em diferentes espaços do território e o matriciamento intersetorial. A aproximação com esses diferentes modos de fazer o cuidado possibilita reconhecer espaços de criação e resistência, além de descobrir a arte e a cultura como estratégias para melhor compreender o que é viver, sentir e sofrer, oferecendo modos alternativos de expressão, de saúde e de transformação pessoal e coletiva.

Somado a essa realidade, observa-se que os problemas decorrentes das demandas de sofrimento mental têm se consolidado como um grande desafio em saúde pública, frente a sua alta prevalência a nível global. A OMS (2022), alerta que as condições de saúde mental representam uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, indicando a sua prevalência para os sistemas de cuidado. Além disso, a pandemia de COVID-19 contribuiu significativamente para o aumento de registros de pessoas com diagnósticos de ansiedade e depressão, ampliando a demanda dos serviços de saúde (OMS, 2022). Nesse sentido, diferentes municípios apontaram que as demandas de saúde mental apresentam o maior número de suporte solicitado aos profissionais da eMulti, e que os atendimentos ambulatoriais de

psicologia são os que concentram as maiores filas de espera, como podemos observar nos relatos a seguir:

Porque hoje a gente tem um gargalo bem grande de psicologia, e fica a cargo do profissional, porque tem uns que fazem mais grupos do que outros [...] (G 05)

Então, após a pandemia, o que a gente percebeu? Em saúde mental, aumentou a demanda e essa demanda se tornou mais grave. Então, quando eu levei o susto ali, quando eu cheguei na APS, eu falei: "Ué, eu não sei do CAPS?" Porque era praticamente a mesma demanda. Isso também me deixou... eu falei: "Não acredito!" E muito mais, né? Porque ali, numa equipe, a gente tinha 20, 30 pessoas para uma equipe. Aqui, para um profissional, 50 mil usuários, né? Claro que nem todos foram encaminhados, mas é muita demanda. (P 08)

Os relatos apontaram que as consequências do período pandêmico, atrelado à expectativa pelos atendimentos individuais da população, dos profissionais da ESF e da gestão, contribuíram para os desafios atuais referente à grande demanda por esses atendimentos. Além disso, observou-se que os profissionais da eMulti realizam atendimentos a partir de encaminhamentos, sem a necessidade de pactuações com as ESF, através de discussão de caso ou elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Essa realidade confirma a perspectiva de Mattos (2024), que aponta para uma mudança no papel da eMulti, com relação ao Nasf, na qual os usuários passam a ter acesso direto aos especialistas, promovendo maior autonomia aos profissionais dessa equipe. Nesse sentido, Campos (2024) destaca que essa equipe pode atuar como a porta de entrada do SUS, além de se tornar referência para os casos acompanhados no território. Essa mudança escancara a tendência da superespecialização na Atenção Primária à Saúde.

Diferentemente dessa realidade, o Nasf tinha como função oferecer apoio e retaguarda a equipe ESF, que atuava como referência e era responsável pela coordenação do cuidado de uma determinada população. Nessa configuração, cabia ao Nasf, além do compartilhamento dos saberes e trocas de conhecimento e experiência entre especialistas e ESF, a construção compartilhada de diagnósticos e a proposição de pactuações terapêuticas que poderiam ser compartilhadas ou específicas (Brasil, 2014). A corresponsabilização e as pactuações terapêuticas entre as duas equipes da APS, surge justamente como uma alternativa à superação da prática de encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, mantendo o vínculo do usuário com a ESF (Brasil, 2012a).

Apesar disso, estudos apontaram dificuldades na relação de corresponsabilização entre os profissionais da equipe do Nasf e da ESF, prevalecendo a prática de repasse de casos, especialmente daqueles mais graves (Barros et al, 2019).

Dentro dessa perspectiva, a ampliação da autonomia dos profissionais da eMulti em relação a eESF, pode impor desafios para a superação da fragmentação da clínica e da ênfase na ambulatorização do processo de trabalho dos especialistas. Isso ocorre porque a pactuação terapêutica entre a equipe de apoio e as ESF deixa de ser prioridade, o que tende a favorecer a prática do encaminhamento. Os relatos dos profissionais indicam que, ao identificar um usuário ou família que necessitam de cuidado especializado, as equipes da ESF recorrem ao encaminhamento por meio de um formulário ou outro troca de mensagens, conforme demonstra o relato a seguir:

Em vendo a necessidade, eles encaminham para a equipe eMulti através de um Google Forms. Só que aí, lá, eles já colocam se é para o T.O., se é para o educador físico, se é para o fisioterapeuta, se é para o psicólogo. E aí esses profissionais, dentro das suas áreas, puxam esses usuários e agendam uma avaliação (G 05)

Entretanto, é possível reconhecer através dos relatos dos profissionais, que o acesso dos usuários aos profissionais da eMulti, independente de pactuações terapêuticas com a eESF, traz desafios importantes para esse novo modelo de relação entre as equipes. Conforme descrito no relato de um profissional a seguir:

Mas é claro que aí não é dada uma atenção para cada equipe, né? A gente não tem perna para tudo isso. Só, você vê, no primeiro ano, eu tinha preenchido ali, 3 mil no forms, 3 mil pessoas. Então foi muito. A gente não tem pernas pra ir além. Então, essa questão ficou assim, bonita na teoria. (P 08)

Esse relato demonstra como a ênfase a assistência uniprofissional, sobrecarrega o sistema e restringe as possibilidades de intervenções e ações de cuidado mais resolutivas, como o trabalho interdisciplinar, grupos terapêuticos, espaços de convivência, o uso da arte como intervenção, o fortalecimento de espaços comunitários para enfrentar problemas identificados no território, o apoio matricial, a articulação em rede intersetorial, entre outros. Essa sobrecarga favorece a prática de referência e contrarreferência como predominante na organização do trabalho, gerando as filas de espera, e a sensação entre os profissionais de não terem “pernas para ir além”.

Por fim, os relatos — sobretudo dos profissionais — indicam que a eMulti passou a ser vista como uma “terra de ninguém”. Isso acontece devido à forte indução do Cofinanciamento da APS, às práticas assistenciais, sem oferecer orientações para as ações comunitárias e coletivas, o que se traduz no predomínio do cuidado individual e uniprofissional. Nesse contexto, a sensação de estar à deriva no ambiente de trabalho torna-se presente, pois os profissionais se sentem divididos entre o desejo de uma atuação interdisciplinar e compartilhada, de um lado, a indução de ações assistenciais com ênfase na superespecialização, de outro.

5.2.2. Processo de trabalho da eMulti

Neste tema, buscou-se compreender como os profissionais adaptaram a organização do processo de trabalho e as suas práticas de cuidado em Saúde Mental às diretrizes da eMulti. Três subtemas emergiram a partir da análise temática: (1) estratégias de organização do trabalho; (2) a construção do trabalho interdisciplinar para o apoio matricial e a promoção do cuidado (3) o desafio de ser eMulti - barreiras e caminhos para superação.

5.2.2.1. Estratégias de organização do trabalho

Questões como a organização dos serviços, a dinâmica do processo de trabalho e a composição das equipes são exemplos de fatores que se relacionam aos entraves e facilitadores na construção da integralidade do cuidado (Ribeiro et al., 2015; Macedo et al, 2016; Santos e Mandelbaum, 2016).

A análise dos dados, permitiu reconhecer que os gestores municipais vêm buscando estratégias distintas para enfrentar elevada demanda por atenção em saúde mental, adaptando suas estruturas de atendimento às novas necessidades. Em alguns municípios menores que participaram da pesquisa, por exemplo, verificou-se uma atuação simultânea dos profissionais, em dois serviços distintos. Embora estejam cadastrados na eMulti, os profissionais atuam de forma concomitante com outro equipamento de saúde, onde são realizados os atendimentos ambulatoriais com fila regulada. Assim, dividem sua carga de horário de trabalho entre os atendimentos às

demandas da APS e aquelas provenientes de um serviço de atenção especializada. Essa situação impõe adversidades importantes para os profissionais de saúde, que atendem a duas lógicas de trabalho distintas.

Como consequência, atuar em dois serviços distintos favorece a sobreposição de demandas e conflitos de prioridade entre as demandas apresentadas pelas eESF e aquelas pertinentes a fila regulada da atenção especializada. O profissional enfrenta simultaneamente a pressão por atender as prioridades da APS e aquelas oriundas da fila regulada, que responde aos anseios da comunidade e gestão para que a fila flua com rapidez.

Esse conjunto de fatores tende a agravar a sobrecarga de trabalho, comprometendo a qualidade do cuidado ofertado e reduzindo a satisfação dos profissionais. Além disso, a sobrecarga faz com que o cuidado seja operado por estratégias empobrecidas: o profissional tem dificuldades para manter a continuidade do cuidado na APS, manter a coerência dos planos terapêuticos, monitorar os resultados e, conseqüentemente, recorre a um padrão de atuação mais automático. Esse ritmo tende a debilitar a organização do cuidado, levando, inevitavelmente, a um modelo ambulatorial de atuação uniprofissional, contribuindo para a fragmentação do cuidado e a redução da resolutividade das demandas presentes no território.

A fala a seguir, contribui para compreensão dessa realidade:

Eu considero que o maior ponto aqui no nosso município é o fato de todos os profissionais da eMulti também trabalharem no ambulatório. Porque, como o ambulatório tem fila de espera, aquilo é muito visível, né? Então, acaba sendo uma queixa constante da população: tempo de espera. Conseqüentemente, os profissionais da eMulti acabam não conseguindo se organizar para desenvolver ações da eMulti. Basicamente, são todos os dias de ambulatório. Por mais que a gente tenha uma certa liberdade, por outro lado, tem a cobrança. Então, eu considero que o ponto principal é não termos uma equipe exclusiva da eMulti, mesmo que fosse uma equipe reduzida, mas, enfim, pessoas que estivessem focadas nisso. (G 02)

A partir desse relato, questiona-se: quais alternativas esses profissionais possuem ao enfrentar essa realidade? Observa-se que a gestão busca resultados mais imediatos, mais visíveis e quantificáveis, normalmente priorizando uma abordagem ambulatorial. Superar essa lógica, promovendo uma compreensão mais ampla dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, exige um esforço adicional não apenas dos profissionais, mas também de uma equipe de gestão com conhecimento especializado.

Soares e Oliveira (2016) contribuem com essa reflexão ao apontarem que, por vezes, a escolha dos gestores prioriza atender às demandas políticas associadas às eleições municipais, em detrimento dos aspectos técnicos. Como resultado, os aspectos técnicos são negligenciados nas estratégias da gestão local de saúde, e o mérito para a seleção dos gestores costumam não ser valorizado, levando à perda de possíveis gestores competentes e engajados. Essa realidade, por sua vez, contribui para o cenário em que os profissionais se encontram, enfrentando, por vezes protocolos e uma organização dos serviços, incoerentes com os aspectos técnicos da atuação.

Em poucos municípios, observou-se que as equipes se reconheciam como um serviço distinto de um equipamento vinculado a atenção especializada. Nesses municípios, foram identificadas diferenças significativas entre a organização das equipes. Apenas dois profissionais entrevistados, que pertenciam a uma mesma equipe referiram que a organização da eMulti em seu município, reunia os seus profissionais em uma sala exclusiva, como ponto de encontro da equipe, e estruturada com computadores e mesas para as atividades administrativas. Nos demais dias, os profissionais costumam atuar conjuntamente nas unidades de saúde que comportam as eESF que apoiam. Além disso, os profissionais organizam a agenda, definem planejamentos e pactuam planos de ação e cuidado a demandas encaminhadas à equipe de modo colaborativo.

Nesse município, faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além do CAPS, um serviço multiprofissional, composto por profissionais de psicologia e fonoaudiologia, terapia ocupacional e outras categorias. A existência desse serviço no município, parece organizar o fluxo de atendimentos, de modo que a expectativa pelos atendimentos ambulatoriais é, em grande medida, absorvida por este serviço, minimizando a pressão sobre a eMulti para esse modelo de cuidado.

Em contrapartida, a entrevista com os demais profissionais, apontam para uma realidade bastante distinta. Em muitas equipes, o que se observou foi a segregação dos profissionais de uma mesma eMulti entre diferentes eESF. Visando distribuir as diferentes categorias profissionais por todo o território da APS, muitas vezes os profissionais são distribuídos por microrregiões, e cada profissional acompanha distintas eESF, em muitos casos, independentes dos demais colegas que compõem uma mesma eMulti. Essa dinâmica faz com que, em cada unidade de saúde da família,

os profissionais atuem ao lado de diferentes colegas de distintas eMulti, o que dificulta a construção de uma atuação interdisciplinar. A seguir, apresenta-se relatos que contribuem para a compreensão dessa dinâmica.

Hoje, eu sou a única que atende, dentro do modelo de eMulti, até 12 equipes — a eMulti ampliada. O educador físico que a gente tem disponível, a educadora física, atende, se eu não me engano, 20 equipes. A fisioterapeuta está vinculada a 26 equipes. A T.O. vai passar a atender 20 também. Então, não tem como você articular um trabalho, um atendimento compartilhado, um atendimento multidisciplinar, um olhar que seja multidisciplinar, porque não dá. A gente mal se encontra, tá? E aí, tristemente, a gente se encontra, por exemplo, no matriciamento aqui, mas não consegue articular, porque nós mal trabalhamos juntas. Então, fica aquela reunião besta, sabe? [...] porque a gente não vai conseguir montar nada juntas, a gente não vai conseguir compartilhar esse paciente, além do modelo de referência e contrarreferência (P 12)

Olha, primeiro eu acho que é definir quem são as equipes. E as equipes, por exemplo assim, ter o psicólogo, o terapeuta ocupacional, que vão atender aquela equipe. Ser as mesmas pessoas por X equipes. E não eu tendo que ter contato com a psicóloga daqui o fisioterapeuta de lá, aí um outro fisioterapeuta, porque é outra equipe. Uma coisa um pouco mais organizada nesse aspecto, tá? Mais definida. Porque eu tenho que entrar em contato agora com tipo, três psicólogos diferentes, né? Dois fisioterapeutas diferentes, duas nutricionistas diferentes, sabe? (P 14)

Tem uma profissional — uma não, três profissionais — que não estão aqui, mas uma delas fica mais próxima, assim... tá sempre com a gente. A gente faz reuniões semanais, e os outros dois profissionais, de fisioterapia e farmácia, nem aparecem. (p 16)

Esses relatos apontam que a vinculação de um mesmo profissional a mais de uma eMulti, e a um número excessivo de eESF, inviabiliza a construção de vínculos entre os profissionais de uma mesma equipe, bem como a corresponsabilização pelos casos e o território. Como consequência, as reuniões de Apoio Matricial (AM) se reduzem a encontros pontuais e pouco resolutivos, favorecendo a manutenção de um modelo baseado em encaminhamentos por especialidades, sustentado pela lógica de referência e contrarreferência. Além disso, essa realidade pode dificultar a comunicação entre os profissionais da eMulti, gerando confusão sobre fluxos e a organização do processo de trabalho entre os seus membros.

Essa realidade não difere daquela observada em estudos realizados com o Nasf, os quais apontam que embora esse dispositivo tivesse como base o compartilhamento do conhecimento e do cuidado entre diferentes profissionais da ESF e do próprio Nasf, a perpetuação do enfoque assistencial e de ações desarticuladas entre os profissionais e as equipes permaneceram (Sousa, 2014; Leite, Oliveira e Nascimento, 2016; Soares e Oliveira, 2016; Arce e Teixeira, 2018; Orué et

al., 2018; Nascimento et al, 2018; Nascimento e Cordeiro, 2019). Uma revisão integrativa, com base em pesquisas publicadas no período de 2008 a 2018 sobre o trabalho realizado no Nasf, observou que essa realidade resultou em ações curativas voltadas ao adoecimento, em detrimento das ações coletivas e interdisciplinares, que enfatizam a prevenção e a promoção da saúde (Orué et al., 2018).

Os resultados identificados através dos dados obtidos com os entrevistados, apontam para uma organização de trabalho com ênfase no encaminhamento das demandas identificadas a categorias profissionais específicas da eMulti.

Como estratégia para a organização desses encaminhamentos dentro da eMulti, muitos profissionais referiram utilizar o Google Forms, uma ferramenta gratuita que permite criar e gerenciar formulários online. Os profissionais relatam que o uso dessa ferramenta é bastante eficaz, pois auxilia significativamente – é flexível e adaptável às necessidades específicas das equipes. Além disso, ela possibilita a troca de informações importantes, que vão além do que está registrado em encaminhamento em os prontuários.

Isso, todos os casos vêm através dos Forms e eles caem numa pasta da equipe e da unidade. E todos da equipe da eMulti têm acesso. E daí a gente é dividido da seguinte forma: os casos a serem discutidos ainda pela equipe, na nossa reunião semanal, a gente discute entre os profissionais, e, a partir dessa discussão, é que a gente define quem vai ficar responsável. Mas todos já estão cientes do caso, quem está acompanhando e quais os desdobramentos que vão acontecer (P 09)

[...], mas isso precisa estar em algum lugar. Eu adoro a planilha do Google Forms, sou fã do Google Forms, porque ele me ajuda a organizar burocraticamente a papelada. Antes, como era feito? Todo mundo enfiando papelzinho na pasta para levar para o matriciamento. As chances de isso dar errado eram certas. Então, a planilha do Google Forms torna fixa, formalizada e documentada essa demanda, essa sugestão ou esse pedido de um cuidado compartilhado (P 12).

A partir das informações preenchidas na planilha do Google Forms, as reuniões de matriciamento são planejadas, e nessa perspectiva, muitos casos não são selecionados para discussão e pactuação dos planos terapêuticos com a ESF. Essa realidade, pode trazer desafios importantes ao cuidado integral dos sujeitos, uma vez que a responsabilidade compartilhada entre profissionais da eMulti e da ESF, visa justamente superar a fragmentação do cuidado.

A utilização dessa ferramenta é feita de modo distinto entre as diferentes equipes. Em uma determinada equipe, embora os encaminhamentos sejam

direcionados a uma ou mais categoria profissional, o uso da ferramenta e as pactuações das ações de cuidado são realizados de forma colaborativa entre todos os profissionais da eMulti. Nesse sentido, a reunião semanal da equipe torna-se fundamental para a articulação entre os profissionais:

[...] Porque o encaminhamento realmente está vindo direcionado para algum profissional. Só que o que a gente faz é, quando a gente recebe da equipe, a gente não interpreta nessa lógica, mas os outros profissionais, no caso, a ESF, enfim, os casos, seja o médico, seja o enfermeiro, seja os ACS, ainda tem muito isso focado... achando, ah, precisa de psicólogo, precisa de nutricionista. Então hoje a maioria dos nossos casos estão concentrados na psicologia e na nutrição, e daí a gente, em muitos dos casos que são encaminhados ao psicólogo, às vezes a fonoaudiólogo fica, às vezes o fisioterapeuta, às vezes o assistente social, ou na maioria das vezes a gente inclui mais que um profissional que não está ali. (P 09)

Entretanto, os desafios impostos pela ampliação das ações de características assistenciais do apoio da eMulti às ESF vão além do que o Google Forms pode contribuir, pois exigem estratégias colaborativas entre os membros da equipe para superar o excesso de encaminhamentos nas práticas de referência e contrarreferência, como testemunhado no relato a seguir:

A gente pensou em várias estratégias para organizar o nosso trabalho. Toda semana, como eu falei, a gente faz a reunião e tenta liquidar os casos. Então, os casos acabam, em regra, sendo resolvidos em uma semana [...]. Estamos com um acúmulo e uma pequena fila. [...] Então, estamos pensando em estratégias para que nem tudo seja encaminhado para o FORMS (P 09).

Contudo, na maioria das equipes os encaminhamentos são organizados por categorias profissionais, e cada profissional possui acesso exclusivo aos encaminhamentos destinados a si e os critérios de organização e gestão dos encaminhamentos variam entre os profissionais. Além disso, cada um assume a responsabilidade por planejar e executar o acolhimento das demandas de modo independente dos demais integrantes da eMulti. Esta realidade impõe desafios importantes à construção de um espaço coletivo para planejamento, monitoramento e tomada de decisões compartilhadas.

A interdisciplinaridade exige reflexão e esforços coletivos dos profissionais envolvidos, integrando suas ações, compartilhando saberes e práticas em saúde (Ribeiro et al, 2015). Ademais, constitui um recurso para a integralidade do cuidado, como um dos princípios da APS. Considerando esses aspectos, a articulação de profissionais de diferentes categorias é fundamental, de modo que não apenas as

ações sejam compartilhadas, mas também as decisões, e se estabeleça um processo no qual, aos poucos os conhecimentos e habilidades específicas de cada área do conhecimento, contribua para o enriquecimento de um campo comum de competências (Brasil, 2012b). Esse modo de atuar, favorece a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe e contribui para ações ampliadas de cuidado e estratégias mais resolutivas.

Entretanto, a articulação de diferentes ideias entre profissionais de distintas áreas profissionais nem sempre é um processo simples. Sousa (2014), em estudo realizado com profissionais de diferentes equipes Nasf do município de Florianópolis (SC), observou que esses enfrentavam desafios significativos para se reunirem, discutirem casos e elaborarem planejamentos. As reuniões ocorriam uma vez por mês, com todos os profissionais de diferentes Nasf do Distrito Sanitário – DS. A ausência de reuniões específicas por equipe Nasf resultava na carência de disponibilidade de tempo para que os profissionais de uma mesma equipe pudessem estudar e discutir os casos e problemas relacionados aos territórios sob responsabilidade da equipe, resultando em um cuidado fragmentado das demandas da comunidade.

Desafios semelhantes foram descritos pelos profissionais, especialmente sobre a dificuldade para articular agendas para promover as reuniões de equipe entre os membros da eMulti. Alguns entrevistados mencionaram ter maior acesso aos colegas, com reuniões de equipe mais frequentes, enquanto outros relataram barreiras significativas para construir um espaço coletivo entre os membros da eMulti. Esse cenário parece decorrer da distribuição dos profissionais de apoio entre distintas eESF, segmentados dos demais membros da eMulti. Essa fragmentação de responsabilidades e a falta de sincronização entre agendas, contribuem para obstáculos à colaboração entre profissionais, como podemos constatar nos relatos a seguir:

É um trabalho fragmentado, nós pegamos os casos de forma fragmentada e tentamos juntar. A gente não pega junto, tá! Mas isso não vai resolver enquanto as eMulti não forem adequadas aos territórios. Não tem como ser diferente. Se eu tenho uma fisioterapeuta atendendo a microrregião A, B, C e D, não existe trabalho em conjunto, não existe. Não tem como. Então a planilha do Google Forms, ele não seria impeditivo. Ainda que estivesse na planilha de cada um, na própria reunião da eMulti, isso seria discutido [...],

mas sozinha, não dá, não tem. Não fecha a agenda de ninguém. É questão de logística de agenda, não por falta de interesse. (P 12)

Observou-se a centralização das demandas psicossociais aos profissionais especialistas em saúde mental, especialmente no psicólogo. A fala a seguir, aponta para a recorrência de encaminhamentos individualizados por categoria profissional, em detrimento de uma lógica de cuidado interdisciplinar e compartilhado. Essa realidade, contribui para a redução da complexidade das demandas psicossociais, que poderiam ser acolhidas de forma ampliada por toda a equipe, aumentando o potencial resolutivo através de um olhar e cuidado integral.

Eu vejo que hoje, assim, os encaminhamentos vêm, assim, tipo: psicólogo, psicólogo, psicólogo. Vêm por profissional, não vêm pra equipe. Então, assim, só está sendo focado nisso, assim: é saúde mental. É como se todos os outros profissionais não soubessem trabalhar com saúde mental. Sabe? É só o psicólogo que dá conta de trabalhar [...] A eMulti, ela tá dando conta só da saúde mental. Parece que ela veio pra isso, sabe? Se, nos profissionais, se colocasse só o psicólogo, parece que seria perfeito. Porque a demanda é basicamente essa. É muito de demandas psicossociais, só que o encaminhamento também é feito apenas para os profissionais especialistas em saúde mental, não com um entendimento interdisciplinar. (P 13)

Esse relato revela que a categoria profissional de psicologia é reconhecida nas equipes como a principal, e as vezes a única, entre os técnicos da equipe eMulti, capaz de exercer o cuidado em saúde mental, de modo que as demais profissões acabam menos envolvidas de forma integrada com a atuação da psicologia. Sousa (2014) observou realidade semelhante em pesquisa realizada com profissionais de Florianópolis/SC, cujos relatos indicaram que apenas psicólogos e psiquiatras eram vistos nos Nasf, como categorias capazes de cuidar das demandas de saúde mental, fazendo com que os demais profissionais se sentissem pouco implicados na atuação nessas demandas. A pesquisadora destaca que, como consequência, as ações acabavam privilegiando as estratégias de psicoterapia e a medicalização psiquiátrica dos usuários.

Frente aos desafios em gerir as demandas encaminhadas aos profissionais da eMulti, muitos entrevistados citaram diversas tentativas da gestão para contribuir com a ampliação do acesso dos usuários ao cuidado por essas equipes. Entre essas tentativas, em um dos municípios investigado, o Google Forms foi utilizado inicialmente como ferramenta para levantar dados quantitativos sobre as demandas de saúde mental. Contudo, o uso dessa ferramenta revelou que muitos profissionais

de psicologia estão com uma fila de espera bastante elevada, desafiando o acesso dos usuários ao cuidado na APS. Além disso, gerir esse formulário impôs desafios adicionais aos profissionais, como: (1) a disponibilidade de tempo para a organização dos encaminhamentos e, (2) a necessidade de buscar soluções de forma independente dos demais membros da eMulti, para atender a toda a demanda de saúde mental do território. Por isso, de acordo com as narrativas, regular as filas de espera dos encaminhamentos de psicologia da eMulti tornou-se um tema recorrente de discussão entre os profissionais e a gestão, conforme apontado a seguir:

Tá tendo uma discussão dentro da secretaria a respeito disso. Por exemplo, eu tenho hoje diferentes psicólogas, e elas pensam diferente. O que a gente faz hoje? Enquanto eu chamo do Google Forms pra fazer um grupo, eu atendo 30 em uma hora. Se eu for regular, eu vou atender um por hora. Então, a gente entende que esse acesso vai ficar um pouquinho mais difícil. Por outro lado, eu obrigo o profissional, ele vai atender porque vai estar regulado, vai estar na agenda [...] (G 05)

Eu não acho que não possa haver regulação na APS. A regulação no sentido do princípio da equidade, certo? [...]. A APS tem a regulação para a média complexidade, então ela encaminha para a média e a regulação regula a partir dali. Só que nós não somos um serviço de média complexidade, nós somos um serviço da APS, a eMulti. Mas a gente não é a primeira linha de cuidado, a primeira linha de cuidado é a ESF. A gente é a retaguarda da ESF. A ESF é a organizadora do cuidado. Então, como isso é compartilhado — deveria, né? — na verdade, é transferido hoje para a eMulti, porque não é compartilhado com a eMulti. Há que haver um sistema de regulação. Então, regulação é uma palavra ruim, mas eu nem encontro outra palavra hoje. Então, a gente usa "regulação" nesse sentido. Hoje, isso é demandado. Em teoria, a gente sempre discutiria isso no matriciamento, certo? (P 12)

Chegou a essa questão da regulação, porque existe uma queixa, principalmente dos psicólogos, de eles terem que regular as suas planilhas. A gente perde muito tempo regulando... Alguns profissionais... Outros profissionais conseguem olhar para planilha e dizem assim: "Esse aqui eu vou colocar em grupo, esse aqui vai pro grupo, esse aqui vai pro grupo", e eles rapidamente fazem uma seleção. [...] Então, mas muitos profissionais ficavam muito incomodados ao ver aquela planilha com muitas demandas e ter que fazer um encaminhamento disso. Então, a regulação veio, assim, por essas queixas desses próprios profissionais e das suas coordenações, que têm que regular essa planilha [...] (P 11)

Apesar da regulação do acesso trazer benefícios à organização da rede de saúde, através da estruturação e priorização do acesso aos serviços (Silva et al., 2024), chama a atenção essa discussão se concentrar na regulação da assistência entre equipamentos do mesmo nível de atenção, ou seja, da APS. Essa realidade pode colocar em risco o acesso direto e facilitado dos usuários aos cuidados primários, pois pode se transformar em uma estratégia burocrática que dificulta o acesso inicial à promoção e à prevenção.

Nessa perspectiva, é válido destacar que o Nasf foi constituído com a finalidade de ampliar o conjunto de cuidados disponíveis na APS e facilitar o acesso da população a tais ações (Brasil, 2014). Sob essa mesma ótica, observamos que a Portaria nº 635/23 que institui a eMulti, apresenta entre suas diretrizes e objetivos, o acesso facilitado da população aos cuidados em saúde, por meio de trabalho colaborativo entre os membros das equipes da APS (Brasil, 2023a).

Embora a regulação de saúde opere como ferramenta de gestão, orientada pelos princípios da equidade e integralidade, buscando adequar a oferta de cuidados especializados às diferentes necessidades da população (Peiter, Lanzoni e Oliveira, 2016), ainda assim, há o risco da segmentação excessiva dos cuidados providos pela APS, dificultando a articulação entre a eMulti e a ESF. A escolha de uma possível regulação da fila dos encaminhamentos realizados aos profissionais de psicologia da eMulti, é mais uma evidência da persistência de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo em um modelo rígido e fragmentado. Tal tendência parece ser reflexo do movimento da subespecialização, que tem como consequência a estruturação do cuidado em forma setorializada, priorizando intervenções específicas em detrimento de uma abordagem integral, discutido por Sarfield (2002) em *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*.

Segundo a autora, os profissionais de todo o mundo tendem a se subespecializar para lidar com a complexidade dos problemas de saúde, especialmente diante do avanço da medicina e do acúmulo de conhecimentos. Entretanto, essa subespecialização pode ser problemática no contexto da APS, pois, embora o conhecimento especializado seja fundamental no cuidado de agravos específicos, ele tende a produzir uma visão fragmentada sobre a saúde dos indivíduos e comunidade.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças exigem uma visão ampliada do contexto de vida do indivíduo, que vai além dos sinais e sintomas, considerando aspectos biológicos, sociais e econômicos. O profissional deve ser capaz de lidar com uma ampla gama de problemas de saúde, de diferentes faixas etárias, condições clínicas e necessidades ao longo do tempo. Além disso, o cuidado especializado tende a exigir maiores recursos financeiros, decorrente do uso de tecnologias caras,

tornando inviável para qualquer país promover uma saúde pública efetiva e que respeite os princípios da equidade, organizando o cuidado de saúde da comunidade com base predominante na subespecialização. Nesse sentido, a organização do sistema de saúde pública a partir da APS é recomendada (Sarfield, 2002).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, e visa garantir acesso integral, universal e gratuito a toda a população brasileira. E, embora o SUS tenha avançado na organização do sistema a partir da APS, a lacuna entre a oferta e demanda permanece como um grande desafio para o sistema, especialmente para as necessidades de cuidados especializados. Esta realidade revela que, em muitas situações, a priorização regulatória é insuficiente para atender plenamente às necessidades de saúde, o que pode gerar demandas reprimidas, caracterizadas por um número contínuo de encaminhamentos superior a capacidade de atendimento (Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016). Sendo assim a regulação por si só não é efetiva se não houver número suficiente de profissionais e equipes, ajustados à dimensão populacional, nem se as equipes da APS (eESF e eMulti) não forem capazes de promover um cuidado ampliado e resolutivo para atender as demandas da população.

É por esse motivo, que se espera que as equipes da APS desenvolvam uma postura proativa, atuando em uma lógica diferente daquela pautada no encaminhamento, especialmente entre as equipes de ESF e a eMulti. Os profissionais da eMulti possuem um papel fundamental na qualificação dos encaminhamentos aos serviços especializados relativos à sua área de atuação, contribuindo para a organização da rede de saúde (Brasil, 2014). Nesse sentido, o Apoio Matricial é a principal tecnologia de trabalho, que contribui com a qualificação dos encaminhamentos, e com a ampliação da resolutividade das ações da APS, a partir de estratégias de cuidado articulados entre a ESF e a eMulti (Silva, 2024).

Sendo assim, direcionar a regulação das filas de espera desses profissionais, a um único profissional regulador, parece contraditório, ao que se espera dessas equipes. Além disso, está posto novamente dentro dessa discussão o embate entre a dimensão clínico-assistencial e a técnico pedagógica, revelando que a valorização de um aspecto em detrimento do outro continua desafiando tanto profissionais quanto gestores.

As discussões apresentadas nos levam a identificar que desde o fim dos parâmetros regulatórios do Nasf, até o contexto atual de implementação da eMulti, os municípios que participaram desta pesquisa vêm organizando o processo de trabalho da eMulti de modos distintos umas das outras. A dispersão entre os membros da equipe, a coexistência de diferentes lógicas de trabalho, a elevada demanda por atendimentos assistenciais em saúde mental, a superespecialização do cuidado em saúde, configuram-se importantes desafios à construção de práticas colaborativas e ao cuidado integral em saúde.

Neste cenário, a gestão da fila de espera na eMulti representa um desafio importante e complexo, decorrente da expansão das ações de características assistencialistas da equipe de apoio na APS. Temas como a regulação assistencial, uma alternativa burocrática, que contribui com a fragmentação do cuidado e a prática do encaminhamento e da referência e contrarreferência surgem como estratégias para organização dessa lógica de trabalho.

5.2.2.2. A construção do trabalho interdisciplinar para o apoio matricial e a promoção do cuidado

A política que instituiu o Nasf buscou ampliar o aspecto intersetorial e interdisciplinar nas práticas de cuidado na APS (Brasil, 2010a). A cogestão e o apoio matricial (AM) foram estratégias metodológicas importantes na organização do trabalho interdisciplinar, tendo sido apresentados como eixos estruturantes do trabalho das equipes de Nasf (Brasil, 2014).

Campos (2024), destaca que o AM constitui diretriz fundamental na orientação do processo de trabalho da eMulti, visando ampliar a capacidade de resolver problemas de saúde ao integrar o trabalho fragmentado e organizar o cuidado na APS. Nesse sentido, a eMulti tem como objetivo oferecer tanto a retaguarda clínico-assistencial quanto o suporte técnico-pedagógico às equipes apoiadas, seguindo, portanto, perspectiva semelhante na implementação do AM que orientou o Nasf

O AM é uma alternativa à lógica tradicional de cuidado, buscando atenuar os efeitos dos encaminhamentos, referência e contrarreferências e dos centros de

regulação, por meio de ações horizontais entre os saberes e os componentes dos diferentes níveis de assistência (Chiaverini, 2011).

De maneira complementar, a Clínica Ampliada é um modelo de cuidado, que também visa contribuir para a superação do paradigma biomédico, através da ampliação do objeto de intervenção e conhecimento, incluindo o sujeito e o contexto como parte do objeto de estudo e ações de saúde (Cunha; Prado; Resente, 2022). Esse modelo enfatiza os determinantes sociais de saúde, as condições de vida e as particularidades dos sujeitos e comunidade (Brasil, 2010a).

A partir da análise dos dados e do estudo da Portaria nº 635/23, do material teórico do curso da Fiocruz e dos indicadores de saúde que compõe o cofinanciamento da APS, observou-se que a eMulti apresenta uma ênfase mais ampla nas ações assistenciais do Apoio (matricial) às equipes de Saúde da Família, contrário do período do Nasf, em que a dimensão técnico-pedagógica do AM ocupava um espaço privilegiado. Sob essa ótica, buscou-se compreender como as eMulti dos municípios pesquisados estão construindo o trabalho em equipe a fim de promover o AM e o cuidado em saúde mental.

De modo geral, os profissionais afirmaram que as reuniões de matriciamento estão previstas em suas agendas de trabalho, entretanto, apontam para desafios importantes a serem analisados. Essa realidade corrobora diferentes achados na literatura, que mostram que durante o período do Nasf, diversos desafios estruturais, subjetivos e culturais atravessaram a implementação do AM nas práticas da APS, contribuindo para a perpetuação do cuidado fragmentado e assistencial (Sousa, 2014; Klein; Soares e Oliveira, 2016; Oliveira, 2017; Alvarez; Vieira; Almeida, 2019; Nascimento e Cordeiro, 2019; Lopes, 2020; Santos et al., 2022; Guimarães et al., 2023; Silva et al., 2023).

Através dos relatos dos entrevistados, observou-se que não houve uma convergência entre as diferentes equipes dos municípios, quanto à frequência das reuniões de matriciamento. Poucos profissionais relataram reuniões mensais com todas as eESF que acompanham, enquanto alguns mencionaram reuniões de matriciamento apenas com algumas equipes apoiadas. Outros profissionais relataram que as reuniões de matriciamento ocorrem em intervalos superiores a um mês ou que a prática de reunião de matriciamento não faz parte do cotidiano de seus trabalhos. Além disso, alguns relatos revelaram a organização das reuniões de Apoio Matricial,

a partir de microrregiões, com mais de uma eESF ao mesmo tempo, como estratégia para alcançar todas as equipes apoiadas.

Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Soares e Oliveira (2016), com profissionais de equipes Nasf e de ESF em Florianópolis (SC), que identificaram que algumas equipes de ESF conseguiam se organizar para realizar reuniões semanais com os profissionais matriciadores, no entanto, essa não era a realidade prevalente. A frequência de reuniões de matriciamento com as equipes de ESF variava bastante de uma equipe para outra. Enquanto em algumas equipes as reuniões eram frequentes, em outras nunca ocorriam.

Pode-se observar no relato da G05, o desafio em tornar as reuniões entre as eMulti e as eESF frequentes, permitindo a implementação do AM nos municípios pesquisados:

Matriciamento, uma vez por mês. A eMulti deveria, pelo menos, se reunir com as equipes de saúde da família, uma vez por mês. Não vou te dizer que acontece uma vez por mês, rigorosamente, porque são muitas equipes de saúde da família. Então, imagina, são 20, aí... Em um ano, a gente não daria conta, né? Mas, às vezes, a gente faz por micro. Cada microrregião tem três, quatro unidades de saúde da família. Aí, às vezes, as eMultis vão nessa reunião de micro e trocam ideias. Ou fazem o matriciamento quando é necessário. O profissional liga ou chama, dizendo que precisa trocar uma ideia com você: “Tem um caso assim...”. E aí eles fazem, até por telefone ou pessoalmente. [...]. Então, é nesse sentido que a gente não consegue ter uma regularidade no matriciamento. É bem difícil pelo número de equipes (G 05)

Esse relato aponta o alto número de eESF que são acompanhados pelos profissionais da eMulti naquele município, representando um desafio importante para a prática regular do AM. Em estudo semelhante realizado em Florianópolis/SC, foi identificada uma realidade parecida, na qual a sobrecarga dos profissionais da ESF, decorrente da demanda de atendimentos, muitas vezes, exigia soluções rápidas e inadiáveis, tornando difícil incluir as reuniões de matriciamento na agenda. Da mesma forma, o estudo observou que os profissionais do Nasf relatavam sentimento de sobrecarga, por estarem acompanhando várias equipes e grande demanda (Sousa, 2014). Outro estudo realizado por Ribeiro et al. (2015) em Fortaleza/CE, com profissionais de eNasf, observou relatos que apontam para a sobrecarga dos profissionais de ESF, que acompanhavam um contingente populacional superior ao estabelecido em portaria.

Tais resultados, apontam para os desafios enfrentados pela gestão pública na articulação do planejamento orçamentário, alocação de insumos, disponibilidade de

profissionais e infraestrutura. Entretanto, o desequilíbrio entre a mão de obra e as demandas em saúde, pode impactar na sobrecarga de trabalho e dificultar o acesso dos usuários ao cuidado e nas respostas adequadas às demandas da população.

Outro desafio identificado foi a desvalorização do AM, especialmente das reuniões, por parte de profissionais e coordenadores da ESF. Ademais, a falta de entendimento da proposta de trabalho da eMulti, tanto dos profissionais que a compõem quanto entre aqueles que atuam na ESF, tende a intensificar este desafio.

Resultados semelhantes foram constatados em outros estudos. Nascimento e Cordeiro (2019) através de um estudo com grupos focais e mapas analíticos realizado com profissionais de uma eNasf de um município de Pernambuco, identificaram que a desvalorização das reuniões entre as equipes do Nasf e ESF, impactava na baixa construção de pactos sobre o trabalho e de intervenções no território. Complementando, Leite, Oliveira e Nascimento (2016), em estudo realizado com profissionais de eNasf de São Paulo (SP), observaram que a falta de entendimento das equipes da ESF sobre a proposta de trabalho do Nasf foi associada pelos profissionais como um obstáculo ao trabalho cotidiano. O relato a seguir, ilustra que este desafio também está presente na realidade da eMulti:

E também as reuniões de matriciamento, por enquanto, a gente está... nós, enquanto equipes, é que estamos propondo; não está partindo muito da equipe [ESF]. A gente percebe que, por mais que já tenha tido Nasf no município, ainda há um pouco de resistência em aderir à proposta da eMulti. Porque, mesmo que os profissionais queiram, eles ainda assim não compraram totalmente a ideia, não aderiram ao que a eMulti precisaria para ser implementada e estar atuante. Essa ideia de fechar a agenda dos médicos, de fechar a UBS por uma hora, uma vez por mês, para discutir casos, ainda é bem difícil de acontecer — principalmente com a gerência antiga. Mas a gente está tendo avanços. (P 09)

Nesse sentido, observou-se a partir dos relatos de alguns profissionais, a constatação de mudanças no modo como o AM vem sendo estabelecido, especialmente ao comparar a experiência de atuação na eNasf com a atuação na eMulti.

Bem parecido, mas ao mesmo tempo eu acho que mais esse papel de matriciamento, assim, que eu vejo um pouco de diferença na forma que é matriciado os casos [...]. Eu acho que diferente porque os matriciamentos ocorriam muito mais do que aqui. Uma frequência maior e eu acho que a importância do matriciamento também. Eu acho que estava sempre à frente, sabe? Então eu acho que a maneira que chegavam os casos também e que... A gente tinha um cuidado daquele paciente e a gente se sentia mais da equipe [ESF] [...] (P 09)

O relato anterior sinaliza uma mudança no espaço privilegiado que o AM ocupava no contexto de trabalho do Nascf. Diferente desse período, caracterizado pela forte indução do apoio técnico-pedagógico, a situação atual na eMulti sugere ocorrer o deslocamento desta prioridade para a ampliação direta dos profissionais da equipe na assistência à população, o que pode refletir em mudanças nas estratégias de retaguarda e suporte à ESF.

O AM visa incentivar o processo de corresponsabilização e colaboração, instrumentalizando a ESF com conhecimento e experiências que contribuam para a integralidade do cuidado e resolutividade de problemas cotidianos vivenciados por eles (Queiroz, 2020). Embora a assistência especializada em saúde mental em alguns casos exige uma escuta e conhecimento específicos, a corresponsabilização deve ser preservada. Desse modo, o AM deve garantir que o usuário permaneça vinculado à equipe de referência (Figueiredo, 2006).

Entretanto, observou-se o predomínio da prática de encaminhamentos, favorecendo a fragmentação do cuidado, atendendo a uma lógica de transferência de responsabilidades:

[...] Então hoje a gente discute aquele caso independente, né, de como está. Então a partir do momento que você encaminha para a eMulti e agora é desta equipe [...], Mas, o meu entendimento é que a gente precisa fazer isso, né? Atender, mas também devolver para a unidade de saúde que me encaminhou. Eu fiz esse atendimento — ontem mesmo eu fiz um — e vou devolver para a unidade de saúde, porque a criança precisa de outros encaminhamentos que o médico não fez ali. Então, preciso sentar-me com ele e ver se vamos fazer um atendimento compartilhado ou não. Vai depender de como ele vai compreender a situação, né? Mas eu penso que a gente deve seguir. Só que hoje, isso não é feito. A gente não se senta com a equipe. Na última reunião que teve, inclusive, a gente discutiu casos novos, mas não discutiu os casos já existentes, nem o que foi feito. Não houve, pelo menos, um repasse, sabe? Dos casos que já tiveram ações, com as ações que foram realizadas. (P 13)

Um ambiente colaborativo entre a eMulti e a ESF visa ampliar a prática clínica na APS e no campo da atenção psicossocial, buscando favorecer um cuidado que envolve a escuta, acolhimento da dor e do sofrimento manifestado no cotidiano da APS. Assim, a colaboração entre os diferentes profissionais e a criação de espaços de diálogo favorecem as mudanças no processo de trabalho das equipes de ESF, com objetivo de integrar a subjetividade do usuário no cuidado cotidiano.

Entretanto, a prática do AM é desafiadora, pois envolve, além do compartilhamento de casos, um espaço que promove reflexão e desafia mudanças

nos processos de trabalho reproduzidos. Nessa perspectiva, os relatos apontam para a descaracterização do AM, especialmente na sua dimensão técnico-pedagógica. Os profissionais relatam, que muitas vezes a reunião não é reconhecida pela ESF como um espaço de troca de saberes e pactuação de cuidado, mas apenas como um momento para a distribuição dos casos entre os profissionais da eMulti.

A gente tem feito o matriciamento, que são as reuniões em que as unidades trazem os problemas. E, hoje, os problemas não são do tipo: “Eu tenho cinco idosos com os mesmos problemas, o que a gente vai fazer para lidar com isso?”. Não. É assim: “Eu tenho um Joãozinho que tem o problema XYZ, o que a equipe vai fazer?”. “Vamos encaminhar para a psicóloga, vamos encaminhar para isso, vamos encaminhar para aquilo.” A gente não tem uma estratégia para tratar o problema da comunidade; é o problema do fulano. (P 01)

Essa situação, colabora com os achados de Klein e Oliveira (2017), que em estudo com profissionais de psicologias de Nasf em São Paulo (SP), reconheceu que muitos profissionais sentiam que o matriciamento se restringia à discussão de casos, gerando disputas sobre responsabilidades na assistência.

Existem ainda relatos que apontam outra forma de descaracterização do AM, através de reuniões que ocorrem de maneira informal entre os corredores das unidades de saúde, em binômios de profissionais da eMulti e ESF e entre um atendimento médico e outro.

A descaracterização do AM, através de práticas “adaptadas” dessa metodologia, foi identificada por estudos realizados com as equipes de Nasf. Nascimento e Cordeiro (2019) analisaram o processo de trabalho de uma equipe Nasf localizada em Pernambuco, enquanto Guimarães et al. (2023) buscaram identificar e analisar as dificuldades no processo de construção de uma política de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde (ABS) em diferentes municípios da Macrorregião de Saúde Oeste de Minas Gerais.

Nascimento e Cordeiro (2019) observaram que apesar dos profissionais da eNasf apresentarem em seus discursos pautas como a clínica ampliada e o trabalho em equipe, eles enfrentavam desafios significativos para transformar a prática do apoio matricial em realidade. Os resultados da pesquisa identificaram que os profissionais da equipe Nasf percebiam que as reuniões de matriciamento eram pouco valorizadas pelas equipes de saúde, reconhecendo pouco sucesso na pactuação do processo de trabalho e das decisões relativas às intervenções no território. Para esses

profissionais, tais barreiras foram alguns dos fatores que resultaram em uma atuação distante da concepção ideal que eles mesmos idealizavam.

De modo semelhante, Guimarães et al. (2023) identificaram que o AM não estava plenamente incorporado nos serviços, ocorrendo na maioria dos municípios pesquisados, de modo informal, com informações compartilhadas entre poucos profissionais, na sala de consulta ou entre uma consulta e outra. De modo semelhantes, as visitas domiciliares e atendimentos compartilhados com equipe multidisciplinar ocorriam somente em situações pontuais.

A seguir, relatos que apontam realidade semelhante na prática dos profissionais entrevistados:

De matriciamento? Só quando me pedem alguma opinião. Mas, tipo assim, ah, tenta isso com paciente. Mas uma discussão de caso, não uma reunião de matriciamento mesmo. (P 02)

Tipo camuflar. Aí eu encontro o doutor, e aí nós temos uma reunião de equipe. Aí a gente fala, como resolve isso, daí ele fala, faz assim, faz assado. A gente acaba fazendo o matriciamento, passando a orientação pra ele. Mas sem ir e dizer o que você está fazendo matriciamento. (P 04)

Os profissionais apontaram também, que as ações coletivas, como grupos geridos entre profissionais da eMulti e ESF e atendimentos compartilhados, que constituem uma dimensão técnico operacional do AM, são executadas pontualmente, enquanto os atendimentos individuais e os grupos geridos por apenas um profissional ou entre membros apenas da eMulti prevalecem no cotidiano.

A gente não tem nenhum tipo de grupo. Eu não tenho nenhum grupo para trabalhar com mulheres, nem para trabalhar com gestantes. As unidades têm grupos de gestantes, mas, como eMulti, a gente não está a par desses grupos, não está participando. (P 01)

Na época do Nasf, a gente fazia mais. Agora, nessa retomada, não tem acontecido, não. Mas eu acho que não há nenhum impedimento. Alguns colegas topariam bem. Eu acho que dá para fazer. Falta a gente se organizar para isso também, sabe? Acho que, principalmente com a enfermagem, dá para fazer uns atendimentos bacanas. Não tem nenhum impedimento. (P 12)

O AM constitui-se como uma estratégia de organização do trabalho em saúde, alicerçada na integração entre a equipe de apoio e a ESF, que deveria abarcar a atenção às situações problemas comuns do território (Brasil, 2014).

Nesse sentido, a partir dos relatos dos profissionais, observou-se que o diagnóstico territorial e as ações dentro da comunidade, fora dos consultórios, tem sido pouco utilizado, concentrando-se em atendimentos individuais ou em grupo às demandas encaminhadas aos profissionais da eMulti.

Um estudo conduzido por Nascimento e Cordeiro (2019) identificou uma realidade próxima em uma equipe Nasf de um município de Pernambuco, no qual o diagnóstico territorial era pouco utilizado como ferramenta no trabalho da equipe, levando a atuação centrada nos atendimentos às demandas encaminhadas pelas ESF.

Com relação a este tema, os profissionais entrevistados, afirmaram atuação distante do território, sobretudo por questões relacionados ao modo como o trabalho está organizado e a sobrecarga com as demandas assistenciais:

Eu mesmo tenho pouca relação com o território. Eu acabo sendo, sei lá, usando o termo, engolido por essa lógica geral, porque tudo que eu estou te colocando aqui é uma percepção de alguém que, por um momento, por um instante, saiu da cena. Mas, se eu for olhar para a cena diária, estou envolvido nos horários dos atendimentos sequenciais, tentando garantir espaços de atividades coletivas, fazendo os bloqueios na agenda. (P 07)

Além da articulação com o território, outro desafio também revelado pelos entrevistados, foi a fragilidade na relação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS representa um arranjo organizado dos serviços e recursos de saúde de diferentes níveis de complexidade, orientado a assegurar a integralidade do cuidado e a superar a fragmentação do sistema, garantindo que as pessoas recebam o cuidado certo, no lugar certo e no momento adequado. Nessa perspectiva, a APS é responsável por orientar os fluxos de pessoas e de informações dentro da RAS, coordenando o cuidado ao longo da rede e promovendo a integração entre os diferentes níveis da atenção (atenção primária, média e alta complexidade). Nessa perspectiva, a APS é responsável em orientar os fluxos de pessoas e informações dentro da RAS, coordenando o cuidado dentro da rede. A configuração de redes a partir da APS busca, assim, romper a organização hierárquica tradicional, promovendo intercâmbio de recursos e cuidado contínuo e integrado para a população (Mendes, 2011).

Desse modo, o CAB 39 (Brasil, 2014) destacava que a articulação do Nasf com os demais pontos da rede era fundamental, pois visava construir pontes entre diferentes pontos da rede por meio de estratégias de reuniões, espaços que possibilitasse a interlocução entre os profissionais e o fortalecimento das relações de distintos pontos da rede.

Contudo, na realidade da eMulti, a maioria dos profissionais entrevistados relataram que a articulação com os diferentes pontos da rede, especialmente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ocorre de modo pontual, conforme revelam as falas a seguir:

E aqui é até difícil ter que se aproximar do CAPS, assim, para dizer o que vem, o que vai, a continuidade do serviço, do atendimento que houve lá para o paciente no CAPS, se vai vir para nós e de que forma. Está bem fragmentado aqui no município. (P 04)

Mas isso não é operacionalizado pela gestão também. É muita iniciativa pessoal. Não tem os encontros da RAPS, que foram esvaziados. Estranhamente, tem média complexidade e coordenações de unidade. Ninguém da eMulti, acho que foi convidado para ir [...] (P 12)

Atuar na perspectiva da clínica ampliada, exige uma abordagem abrangente, que considere os aspectos sociais, familiares e comunitários. Sendo assim, a intersetorialidade é um aspecto fundamental para buscar um olhar sobre os sujeitos e comunidade que integrem outras dimensões além dos fatores biológicos. Através da articulação de saberes e recursos de diversos setores busca-se alcançar resultados mais efetivos no cuidado dos sujeitos e comunidade. A articulação do cuidado com os outros setores do sistema público, visa alcançar a promoção de um impacto positivo nas condições de vida da população, através de um movimento que visa superar a exclusão social (Brasil, 2014).

Ademais, essa articulação também é importante para reconhecer as fragilidades e as potencialidades do território, tornando possível desenvolver ações locais que transcendam os consultórios individuais e os muros dos espaços de saúde. Entretanto, profissionais de diferentes eMulti, relataram pouca articulação com setores externos à saúde, como educação, assistência social, esporte e cultura.

(...) como eu vim da Secretaria de Assistência Social, que é basicamente uma secretaria de articulação, que conversa o tempo todo com outras secretarias, eu também senti muita falta disso. Quando cheguei aqui, senti muita falta dessa articulação (...). Eu não estou nem falando da ONG, da Associação de Moradores, eu estou falando de serviços públicos. Que articulações, que ações a gente tem com os casos? Nenhuma. E hoje não está acontecendo mesmo essa articulação. Hoje acontece, mas de uma maneira muito formal. (P 07)

(...) Então, lá no bairro X, a Fulana articula com o CRAS, vai na reunião que tem. (...) Então, os encontros intersetoriais são bem pobres, assim, bem pobres. Não está organizado nesse sentido de “ah, é assim, acontece sempre”, não. Acontece assim, algum profissional precisou lá matricular com

o CREAS, vai. Mas não tem nada sistematizado essa articulação na rede. (P 12)

Apesar de todos os desafios apontados, também se observou expressivo potencial por parte dos profissionais, manifestando uma clara vontade de fazer diferente e provocar mudanças no modelo fragmentado de cuidado. Identificou-se que alguns profissionais buscam articular-se com os demais colegas da eMulti para avançar na implementação do AM, bem como outros que exploram diferentes estratégias para superar entraves no cotidiano do trabalho interdisciplinar.

Constatou-se ainda, que os atributos individuais dos profissionais e representantes da gestão, suas experiências e a composição da equipe estiveram relacionadas à efetivação do AM. Observou-se que, diante dos desafios, os esforços e o interesse desses na articulação e pelo diálogo com a coordenação e profissionais da ESF favoreceram uma perspectiva mais favorável a essa prática.

No início, quando a gente começou a ler e a trazer a vontade de montar a eMulti, o matriciamento foi algo que, para os profissionais que tiveram acesso — e até para mim mesma —, parecia que não seria tão cobrado ou tão importante. Daí, como eu já tenho experiência com o Nasf e acho que o matriciamento é algo muito importante, talvez até o ponto de partida para realizarmos os demais. Então tentei puxar para as meninas aqui e dizer: “Não, vamos focar no matriciamento também, porque eu acredito que seja muito importante.” [...] (G 06)

Mas a gente, com muita insistência, reforçou a necessidade do médico, que era muito importante — inclusive, é de onde vem mais da metade dos encaminhamentos —, porque é importante essa educação permanente entre os profissionais. [...]. Então, esses processos de troca, que seja uma hora mensal, são muito importantes para a gente qualificar o trabalho e poder fazer essa troca dos casos — tanto de cuidado quanto para entender por que o médico encaminhou aquele caso ou como ele está chegando para a gente também. (P 09)

Destacam-se também ações de cuidado potentes, como o uso de práticas integrativas e complementares (PICs) e diferentes modalidades de intervenções em grupo.

Deixa-me te contar um pouco do que é o Grupo de Fibromialgia. Ele é um grupo que envolve toda a equipe multidisciplinar, toda mesmo. [...] São cerca de 40 pessoas, aproximadamente, 40 pacientes. Esses pacientes são entrevistados no começo do ano e, a partir do momento em que entendem e concordam com a proposta, a gente divide esses pacientes em subgrupos. [...] Por exemplo: eles fazem Pilates com a educadora física; quando concluem quatro encontros de Pilates, vêm para a Psicologia; depois de mais quatro encontros, vão para a farmácia; depois, para a fisioterapia — e assim eles transitam entre as especialidades. [...] A gente não pretende tratar o paciente nesses encontros, mas despertar nele o entendimento de que o tratamento vai além das medicações que ele toma. (P 07)

Então... a gente montou vários grupos aqui. Eu tenho grupos só de adolescentes. Ano passado, eu fiz grupo de mulheres. Esse grupo Bem-Estar, a gente faz uma grande triagem, né? Porque a gente chama demandas de saúde mental, são sofrimentos psíquicos leves, que é a maioria, né? Aqui na atenção básica. (P 08)

[...] tem um grupo de práticas integrativas com a fisioterapeuta. [...] É um grupo aberto para a comunidade. Então, a gente trabalha muito a saúde mental. Nós fazemos várias técnicas — mindfulness, yoga — e nós trazemos as nossas técnicas para o grupo. Às vezes, trazemos algum convidado de fora para fazer alguma técnica com ele ali no grupo. Vamos sempre tentando variar. Às vezes, é só uma roda de conversa sobre algum tema importante, alguma coisa. [...], mas, enfim, a gente traz vários temas interessantes e, no final, fazemos aplicação da auriculoterapia. [...] É um grupo que funciona bem. (P 10)

Hoje eu também tenho alguns grupos, tá? Eu tenho um grupo de arteterapia, eu tenho um grupo... ativamente, que é como eu chamo, que é de atividades cognitivas para idosos. E comecei com uma prática integrativa, o Lian-Gong. (P 14)

Os relatos apresentados, portanto, corroboram achados já identificados na literatura sobre os desafios na implementação do AM. Nesse cenário, destaca-se o predomínio da lógica de transferência de responsabilidades da ESF para a eMulti, por meio de encaminhamentos, o que descaracteriza a prática do AM ao reduzir a dimensão da cogestão na distribuição das demandas entre os especialistas da equipe de apoio.

O predomínio de atendimentos individuais e em grupos a partir de encaminhamentos realizados pelos profissionais da ESF, aponta para a baixa regularidade de práticas compartilhadas entre eMulti e ESF, sinalizando fragilidades no aspecto operacional da dimensão técnico-pedagógica do AM. Nesse sentido, identificou-se através dos discursos dos entrevistados, que, na prática, ocorreu o deslocamento da centralidade do AM nas práticas eMulti, se comparado com as experiências vivenciadas pelos profissionais que atuaram no Nasf em anos anteriores. Esse movimento demonstra mudanças na retaguarda e suporte à ESF, decorrente da ampliação da dimensão clínico-assistencial do AM.

Outro aspecto identificado, foi o distanciamento do território, predominando a atuação dentro dos consultórios e entre os muros das unidades de saúde, com baixa articulação com os diferentes pontos da RAS e da rede intersetorial.

Apesar dos desafios identificados, os relatos também possibilitaram reconhecer potencialidades importantes na construção do trabalho em equipe e na promoção do

cuidado. Esses aspectos se relacionam aos atributos dos profissionais e representantes da gestão, às suas experiências anteriores no Nasf e no SUS, e à composição da equipe, que podem favorecer a implementação do AM e a práticas de cuidados voltadas às estratégias de intervenção mais integradas.

5.2.2.3. O desafio de ser eMulti - barreiras e caminhos para superação.

A implantação do Nasf em 2008, possibilitou avanços na promoção do cuidado ao longo de sua trajetória, revelando seu potencial mobilizador para a melhoria da qualidade das intervenções, do acesso dos usuários ao cuidado, da integralidade em saúde e da resolutividade na APS. Contudo, a literatura aponta desafios relevantes que impactaram as vivências dos trabalhadores do Nasf (Magalhães et al., 2024; Muller, Stiller e Silva Jr, 2021, Moreira et al, 2020). Sob essa perspectiva, procurou-se compreender os principais aspectos relacionados ao espaço de trabalho, à relação com a gestão e ao sofrimento psíquico decorrente do cotidiano, considerando a realidade atual dos profissionais das eMulti.

Observou-se que, entre as equipes que participaram da pesquisa, todos os profissionais entrevistados declararam ser servidores públicos concursados. Esse resultado é favorável para a dinâmica de relação de trabalho, pois permite vínculos institucionais estáveis que podem favorecer a continuidade das ações, a adesão dos profissionais às diretrizes e minimização de situações de precarização das relações trabalhistas. No entanto, houve muitos relatos que apontaram deficiências estruturais, como a escassez de salas para atendimento, a falta de espaços para ações coletivas e a carência de recursos materiais e terapêuticos, o que pode gerar entraves para a implementação de oficinas, grupos e demais atendimentos.

Para começo de conversa, a gente teria que ter um espaço adequado para juntar a população e conseguir fazer, talvez, uma vivência diferenciada, para trazer essas famílias mais próximas da unidade e realizar a prevenção e a promoção. Mas nós não temos uma sala para atendimento de grupo. A psicologia está em uma sala improvisada e, no grupo de idosos, usamos uma sala emprestada. A gente falou que, se o grupo de idosos engrenasse e desse certo ali, faríamos um em cada unidade. Só que, em cada unidade, eu teria que procurar um espaço cedido pela comunidade. Às vezes tem, às vezes não tem. Então, se as unidades de saúde tivessem um espaço que não fosse a recepção — porque fazer vivência na recepção faz com que as pessoas fiquem bloqueadas para falar e se mostrar de certa forma, até porque é um

ambiente médico e deve ser silencioso —, acredito que seria mais fácil [...]. (P 01)

Foi uma coisa que também não está acontecendo: o atendimento infantil nas unidades, por não haver uma adequação do local. A nossa sala é mínima, mal dá para o atendimento [...]. Elas [ACS] fazem semanalmente [grupo de convivência] e a gente vai, mas também falta até material para trabalhar. Elas precisam ser muito criativas. (P 04)

Eu acho que a estrutura física das unidades compromete bastante o nosso trabalho, por não ter sala, por não ter material. Quem vem aqui, eu falo baixinho que tenho esta sala aqui, porque não... Eu acho que deve ter mais alguém que tenha, assim, de todos os profissionais, mas alguém tem. Mas aí é raríssimo, assim, quem tem esse espaço. E ele ainda era exclusivo do psico. Aí eu disse: “Não, a farmacêutica e a educadora física precisam também...”. Ah, mas vai prejudicar a tua agenda, tá? Mas... né? Não é a minha sala. E aqui eu atendo pacientes daqui e de outra unidade de saúde. Eles acabam vindo aqui. Os individuais. Porque lá não tem espaço. É uma unidade que está em reforma, então eles estão em um espaço menor, mas há unidades novas que também não têm espaço. (P 07)

Achados semelhantes foram identificados por estudos anteriores sobre as equipes de Nasf, que indicaram desafios enfrentados pelos profissionais nesse período relacionados as estruturas físicas das unidades de saúde (Sousa, 2014; Ribeiro et al., 2015; Santos e Mandelbaum, 2016; Oliveira, 2019). Sousa (2014) observou, em pesquisa realizada em Florianópolis/SC, que os profissionais de Nasf relataram queixas sobre a ausência ou inadequação das salas de atendimento nas unidades de saúde. A pesquisadora associa essa dificuldade ao processo de trabalho dos Nasf daquele município, pois na época, identificou-se uma valorização do atendimento individual, o que demandava condições para a realização deste tipo de atendimento.

Essa realidade se assemelha aos relatos coletados nesta pesquisa, agravada pela ampliação das ações de características assistenciais do suporte das equipes de apoio, com a implementação da eMulti. Tal cenário revela uma alta demanda por atendimentos individuais, exigindo estruturas adequadas para atender a esses fins, conforme ilustrado pelo relato a seguir:

Mesmo que fosse um atendimento nos moldes que a gente fazia antes — muito domiciliar, muito compartilhado —, na época do Nasf a gente usava menos o espaço para atendimento, mas ainda assim precisava de uma sala. Hoje a gente precisa muito de sala para atender. Então, mesmo que a gente usasse pouco, ainda não temos um espaço em que possamos dizer: “Ah, eu vou atender aqui na unidade.” Atualmente, contamos com uma profissional que pegou férias, outra que pegou atestado, tudo para poder usar esses espaços. Então, o problema maior hoje das salas é porque o modelo atual de atendimento da equipe eMulti exige que tenhamos esse espaço para o

atendimento. E essa necessidade surge por conta da demanda — e, como você cria essa demanda, né? (P 13)

A ausência de veículo para transporte dos profissionais da eMulti até as unidades de saúde apoiadas, também foi apontada em muitos relatos:

Eu acho que a questão, o que mais pega, é a questão do deslocamento deles. É uma coisa que me incomoda, ainda me atrapalha. Porque apesar de que agora eles vão ficar só na região Z, fica mais fácil, mas eu tenho outras regiões no município. Eu tenho outras equipes de saúde da família e fica difícil o transporte (G 06)

A articulação com a rede é um ponto delicado justamente por questões de material e estrutura. A gente está tendo mais dificuldade com os espaços que estão longe da gente fisicamente e pela necessidade do carro que não veio ainda. Então essa comunicação e essa articulação está sendo por enquanto por e-mail e está se mantendo. (P 09)

Outro assunto bastante presente nas narrativas dos profissionais foi a relação com coordenadores e gerentes. Alguns participantes destacaram a ausência de uma referência técnica na gestão, com compreensão e experiência em APS, capaz de favorecer a pactuação entre ESF e eMulti e, conseqüentemente, a articulação entre esses serviços. Além disso, os profissionais revelaram a necessidade do suporte de uma liderança que possa auxiliar em diferentes entraves do contexto de trabalho.

E a falta mesmo de uma referência técnica em eMulti, uma coordenação de eMulti muito bem operacionalizada, tanto em termos de conhecer as portarias, todos os cadernos, mas também de entender o trabalho na ponta. Falta muito, muito, muito, muito uma coordenação de eMulti. Então, faz toda a diferença. (P 12)

E a estrutura... parece que, quando o Nasf começou, ele estava um pouco mais estruturado — desde o espaço físico. O transporte sempre foi uma dificuldade, o carro, por exemplo, mas a questão do espaço físico era mais organizada. Havia uma estrutura de gestão, havia coordenação; hoje não tem. Então, a diferença está nisso. Eu vejo que também dificulta quando não há alguém que vá pedir por você, ou quando cada profissional faz por conta própria. “Ah, eu preciso de uma cadeira ou não sei o quê”. Então, fica muito pulverizado, porque hoje não temos uma coordenação direta da eMulti. (P 13)

Estudos corroboram este resultado, ao revelarem que a ausência de apoio por parte da gestão dificulta a organização das práticas profissionais e comprometem a articulação com as atividades da ESF, favorecendo um modelo biomédico, centrado na atenção individual em detrimento da cogestão e da integralidade do cuidado, além de trazer desafios quanto à manutenção das condições de trabalho (Magalhães et al., 2024; Santos, 2022; Penido; Ferreira Neto, 2022; Lopes, 2020; Nascimento; Cordeiro, 2019; Arce; Teixeira, 2018; Orué et al., 2018; Macedo et al, 2016; Ribeiro et al, 2015).

A literatura também aponta divergências importantes entre profissionais e gestores, que impactam a prática cotidiana do cuidado. Soares e Oliveira (2016), em pesquisa realizada com profissionais de Nasf e ESF de Florianópolis/SC, observaram que a gestão local não dispunha de boas ferramentas para lidar com desafios e conflitos inerentes a prática do apoio matricial. Diante dessa realidade, a avaliação e o planejamento adequado acabam não sendo priorizados, resultado da falta de conhecimento especializado e pesquisa. Os autores também destacam que o mérito frequentemente não é considerado, o que leva à perda de gestores competentes e engajados.

Orué et al. (2018) destacam que a implicação de recursos tecnológicos e assistenciais tem sido guiada pela prática de uma lógica pragmática voltada para cumprir normas e assegurar recursos financeiros, em detrimento de uma compreensão ampla do trabalho realizado no cuidado. Outros estudos apontam para obstáculos que dificultavam o cuidado em saúde mental, incluindo a falta de incentivo da gestão para promover reuniões entre Nasf e ESF, bem como a ausência do reconhecimento do trabalho realizado pela equipe de apoio e da autonomia dos profissionais na organização de suas agendas, impactando em uma atuação direcionada para atendimentos clínicos individuais. Isso, por sua vez, limitava a participação dos profissionais em reuniões de matriciamento e na construção coletiva de ações (Magalhães et al., 2024; Santos et al., 2022). Realidade semelhante foi reconhecida em alguns relatos, como podemos observar, nas narrativas a seguir:

(...) A gente tem uma coordenação que é muito aberta para essas possibilidades, então ela super apoia. Mas você vai ouvir pessoas que dizem que é o coordenador que coloca o paciente na agenda da eMulti. Então, ele não tem nem a possibilidade de fazer uma busca ou uma ação diferente. (P 07)

Olha, eu acho que os principais desafios, além desses que eu falei, são os profissionais e a gestão também entenderem a importância do nosso trabalho, né? (P 09)

Uma gestão que escute, que acredite em nós, profissionais da eMulti, que estejam dispostos a ampliar o seu olhar e sair do modelo ambulatorial. E eu não estou falando só de saúde mental — principalmente não de saúde mental. Que eles possam, né, que a gestão possa nos valorizar e nos respeitar. (P 16)

Um estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2016), analisou o processo de trabalho de profissionais de Nasf em São Paulo/SP e as percepções desses acerca

das situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho. Os pesquisadores identificaram que a diversidade, abrangência das atribuições exigidas dos profissionais e dificuldade de aceitação do modelo de atenção proposto, bem como às diretrizes contrárias às práticas hegemônicas, contribuíram para o sofrimento significativo dos profissionais. Assim como, a expectativa de polivalência do profissional Nasf, era fonte de angústia e estresse aos trabalhadores, colocando em risco a ausência de reconhecimento da importância social do trabalho desenvolvido.

Outros estudos identificaram que a sobrecarga de trabalho levava profissionais do Nasf à insatisfação profissional e a desenvolver *burnout*. Estas pesquisas reforçam que a ausência de apoio e reconhecimento da gestão contribuem para a desmotivação do profissional (Orué et al., 2018 e Lopes, 2020)

Nesse sentido, ao acompanhar as narrativas dos entrevistados, foi percebido em alguns relatos um sofrimento intenso que atravessa o cotidiano na atuação nas eMulti. A desmotivação vivenciada quando os esforços, as ideias e os planos de aprimoramento parecem se perder em meio a um sistema que engole o cotidiano dos profissionais diante da sobrecarga de trabalho. Além disso, o descompasso entre o desejo de agir de forma intersetorial e interdisciplinar, revela a frustração, o cansaço e uma sensação de impotência, onde o conhecimento e a experiência nem sempre encontram validação para virar prática efetiva.

A falta de clareza sobre as orientações norteadoras para o trabalho da eMulti também foi identificada como um fator que contribui para o sofrimento dos profissionais, alimentado por embates entre diferentes modelos de cuidado e atuação profissional. Esse cenário amplia os atritos com coordenadores e profissionais da ESF.

Os depoimentos a seguir, trazem relatos que apresentam os sentimentos e sofrimentos vividos por profissionais que atuam no dia a dia na eMulti:

Ah, estou desapegando, a gente desanimada, tá? Porque eu, no passado, estava muito animada, com um monte de ideias, até isso que você perguntou ali antes, né? Da rede mesmo, intersetorial, tudo. E aí eu fui... Ah, vamos fazer isso, vamos aquilo. E aí, agora? Tô um pouco desanimada. Eu não sei, eu acho que vai depender muito... Não de mim, sabe? Porque antes eu fechava pra mim. Porque eu me cobro, porque eu quero. Como eu já vivi isso lá atrás, eu queria viver aqui. (P 03)

Mas se eu parar para pensar na demanda reprimida, se eu parar pra pensar que eu estou escolhendo quem eu vou atender e cada vez que eu escolho um paciente, eu deixo os 50 lá de fora, acho que é de pirar [...]. Exatamente, e frustra, né? Porque você tem uma ideia do que fazer diferente, diferente disso. Realmente frustra bastante, é nadar contra a maré [...]. É doloroso, porque você passa a ter um conhecimento e aí a hora que você vem pra colocar em prática, parece que aquilo não tem validade, né? Você não coloca em prática, se alguém não comprar... (P 07)

Eu não me afastei por insistência, sabe? De estar fazendo o Burnout. Então, fiquei no trabalho por insistência, uma característica minha, assim, que daí foi sobrando cada vez mais, né? Mais difícil, eu vejo, assim, uma gestão dando muitos privilégios a quem diz que sim, que vai fazer, que vai atender, que não se posiciona. Eu não, eu me posiciono e sofro por isso. Sofro as consequências disso, né? E eu não vejo a gestão como uma acolhedora nesse quesito. [...] é, mexeu. Porque não tem sido fácil, sabe? (P 16)

Diante dos desafios diários, os espaços de capacitações mostraram-se uma estratégia potente para o fortalecimento da resiliência dos profissionais. Durante o período de realização desta pesquisa, alguns entrevistados referiram estarem participando da Formação dos Profissionais da eMulti, promovido pelo MS em parceria com a Fiocruz. Os relatos apontam que as trocas de experiências e angústias, aliado à oportunidade de adquirir conhecimento e avançar na compreensão sobre a organização do trabalho na eMulti, configura-se não apenas como ambiente de aprendizado, mas também como um espaço de conexão entre pares e fortalecimento do profissional.

Quando eu comecei o curso, até comentei esses dias no grupo que, no primeiro dia de encontro com a turma — que não foi a aula inaugural —, eu pensei em desistir. Pensei: “O que eu tô fazendo aqui?” “É mais um bando de gente se queixando.” “Ah, porque aqui não funciona, porque aqui não tem, porque aqui não sai eMulti.” Tô cansada disso, sabe? Cansada disso dentro do município. A gente se reúne e o povo se queixando, se queixando... Gente, vamos sair daqui, vamos pra prática. Vamos fazer acontecer. E eu pensei em desistir, mas não, vou insistir nesse negócio. E agora, já com mais da metade do curso, eu vejo que todo mundo devia fazer. Sabe aquela sensação de “tem gente que devia estar aqui e não tá”? (...) A cada encontro que passa, penso: “Puts, o que eu fiz hoje de manhã no matriciamento?” Coincide que tem o matriciamento de manhã, nas terças-feiras, e à tarde é o curso. Aí penso: “Tá, eu podia ter feito diferente; na próxima, vou fazer diferente. E, como a Fulana também tá, uma olha pra outra e a gente já vai, né?” “Vamos seguir outro caminho, vamos fazer esse processo funcionar.” (P 16)

Estudos desenvolvidos sobre o Nasf identificaram a escassez de ações para o aperfeiçoamento dos profissionais, como cursos, palestras e oficinas, e sugerem a importância da ampliação dessa oferta para as equipes de APS (Brocado et al., 2018; Seus e Oliveira, 2019, Guimarães et al., 2023; Magalhães et al., 2024)).

Esses estudos corroboram o depoimento de muitos entrevistados, como podemos observar nos relatos a seguir, que apontam para o desejo de participação de formações e espaço de trocas com colegas de outros municípios e regiões:

Eu acho que não dá, a gente não tá dando conta, porque, na época do Nasf, a gente tinha formações regulares que eram ofertadas pelo Ministério. A gente tinha encontros do Nasf, né? Então, nas regionais, a gente tinha ido pra São Bento, a gente foi para Florianópolis, que eram encontros de todos os Nasf. A gente conseguia trocar essa ideia, tínhamos formação e, desde que veio a eMulti, a gente não teve mais esse contato com outras equipes e não tivemos mais formações, nada nesse sentido. (G 03)

Essas trocas eram uma coisa positiva, não que o online não tenha ajudado, porque facilitou, mas pelo menos alguma coisa presencial a gente deveria ter mais. (P02)

Esses espaços formativos são essenciais, considerando que os profissionais frequentemente estão sob o controle e influência de prazos, metas ou agendas institucionais que acabam priorizando uma prática que marginaliza as pessoas com sofrimento mental, mantendo atuação centrada na psicopatologia e em procedimento clínicos, especialmente o tratamento medicamentoso (Oliveira, 2008). Assim, a superação da lógica tradicional, através de uma prática que visa a reabilitação e a inclusão dessas pessoas, depende da existência de espaços formativos ao longo da trajetória profissional no SUS.

Os relatos demonstraram que os profissionais reconhecem a importância das formações que são disponibilizados atualmente, como os cursos oferecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) e Telessaúde. Entretanto, muitos profissionais relataram não receber apoio e nem orientação da gestão para participarem desses processos formativos. Houve relatos da baixa divulgação da formação “Emulti em Formação: Curso de Formação dos Profissionais da eMulti – 2025”, promovida pela MS e Fiocruz, em seus municípios, bem como a ausência de suporte para a participação. Os gestores parecem não reconhecer o tempo dedicado ao estudo e à participação nos encontros, como um componente relevante e pertinente à rotina de trabalho. Essa realidade limitou o número de profissionais potenciais para participarem desta formação.

Temos hoje um curso da eMulti que está sendo feito, se eu não me engano, anual ou duas vezes por ano. Eu acho esse curso bem importante justamente para capacitação também dos profissionais. Mas, de certa forma, não teve apoio do município, por conta da nossa carga horária. Quem faz 40 horas semanais teve a liberação, mas quem faz 30 horas semanais não teve a

liberação por causa do horário de trabalho. Mas depois de muita iniciativa, esforço e conversa foi se liberado, porém as inscrições acabaram e ficou para o ano que vem. Não sabemos se vai permanecer essa gestão. Hoje a gente estaria liberado para fazer o curso, mas como passou [o período] as inscrições a gente não conseguiu. Hoje vamos ter um profissional apenas da eMulti fazendo o curso que o Ministério da Saúde oferece (P 09)

Então, são poucos profissionais. Muito mal divulgado dentro do município. Não teve uma insistência, um incentivo — pelo menos no lugar onde eu tô — e outros colegas também não falaram que houve incentivo. Tipo: “Ah, gente, vamos nos inscrever, tem um curso.” Não, não teve isso. São pouquíssimos profissionais que participam aqui, e a gente tem um número grande, né? Não tem nenhum gestor... eu vejo também que não tem interesse deles sobre isso, sabe? Tanto de muitas coordenações quanto das gerências. Mas o curso está sendo muito bom. (P 16)

A partir dos relatos e das discussões apresentadas, observa-se, portanto, que a diversidade e a abrangência da atuação exigida dos profissionais da eMulti, bem como a complexidade da atuação contra hegemônica, repleta de contradições e desafios, exige lideranças que possuam conhecimento e experiência em APS, bem como um olhar humanizado sobre os profissionais. Outro aspecto reconhecido foi que a capacitação continuada e os espaços de troca entre pares revelam-se fundamentais para o fortalecimento da resiliência frente ao cenário complexo em que os profissionais da eMulti se encontram, possibilitando uma prática mais integrada e resolutive.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência da eMulti não é suficiente para assegurar a resolutividade do cuidado prestado à população. Diversos entraves permanecem desafiando e comprometendo a integralidade do cuidado, o trabalho interdisciplinar e intersetorial no contexto do Sistema Único de Saúde.

Observou-se entre os municípios que participaram da pesquisa, a ampliação da dimensão clínico-assistencial do apoio promovido pela eMulti, desencadeando o deslocamento da centralidade da dimensão pedagógica do Apoio Matricial (AM), exigindo novas formas de organização do trabalho das equipes de apoio. As limitações do uso do AM, sobretudo de sua dimensão pedagógica, provocaram, de um lado, a redução da integração entre as eESF e a eMulti e da colaboração entre os diferentes profissionais; e, de outro, a expansão da superespecialização do cuidado na APS.

O objetivo central do AM, é a ampliação do campo de atuação das equipes de saúde da família, qualificando as suas ações, por meio do suporte técnico especializado. Nesse sentido, o deslocamento da centralidade da dimensão pedagógica do AM, trouxe como consequência a diminuição da capacidade de expandir práticas clínicas na APS, pelos próprios profissionais da ESF, como a escuta empática e o acolhimento do sofrimento que se manifesta no cotidiano do cuidado no território.

Quando a escuta e o cuidado especializado da eMulti são priorizados em relação ao que pode ser oferecido em parceria com as equipes de ESF, aumenta-se a prática de compartimentar o cuidado em saúde e as barreiras ao acesso dos usuários ao cuidado primário. Além disso, essa realidade tensiona o uso de práticas burocráticas no contexto da atuação direta dos profissionais da eMulti, voltadas ao acompanhamento do fluxo de trabalho e ao monitoramento de produção. Quando adotadas sem considerar aspectos da clínica ampliada e da atuação interdisciplinar, podem reduzir a dinamicidade dos processos de cuidado, favorecer a fragmentação do cuidado, as filas de espera e a cultura do encaminhamento.

Além disso, na medida em que a superespecialização avança no contexto da eMulti, a atuação no campo da saúde mental e atenção psicossocial distanciam-se da capacidade de promover práticas de cuidado consistentes e integrais. Isso ocorre, porque o trabalho tende a se centralizar nos sinais e sintomas, negligenciando

aspectos fundamentais do cuidado: as desigualdades sociais e econômicas, as emergências de saúde, as guerras, as crises climáticas, a relação dos sujeitos com os seus territórios, os aspectos críticos vinculados a cidadania e ao acesso à direitos, entre outros fatores associados ao sofrimento psicossocial das pessoas. Como resultado, há uma redução da densidade do cuidado ofertado, repercutindo no prejuízo da qualidade das intervenções e na resolutividade promovida na APS.

Consequentemente, a superespecialização no contexto da eMulti contribui para o distanciamento da APS aos seus atributos essenciais, especialmente a integralidade. Isso ocorre, porque este atributo engloba a promoção, a prevenção e a proteção da saúde por meio de uma abordagem ampla do indivíduo e de suas famílias. A promoção da saúde parte de uma concepção que não limita a saúde à ausência de doença, incorporando também seus determinantes sociais. Essa perspectiva requer uma intervenção igualmente abrangente, o que exige e desafia os profissionais a atuarem de forma interdisciplinar e intersetorial, possibilitando a oferta de um cuidado ampliado, que envolve os múltiplos aspectos que atravessam a vida do sujeito e influenciam sua saúde.

Os resultados coletados também indicaram a carência de espaços formativos para os profissionais, como ambientes de troca de saberes e de resistência a um modelo antimanicomial e contra hegemônico. A priorização da superespecialização, da atuação uniprofissional e da medicalização da vida, associada à carência de espaços formativos, trazem desafios adicionais ao trabalho colaborativo. Essa realidade contribui para a sensação de isolamento na atuação diária dos profissionais que desejam superar os desafios do cotidiano.

Além disso, observou-se a carência de gestores locais com boas ferramentas para lidar com os desafios e conflitos inerentes à prática do apoio matricial, ao trabalho interdisciplinar e à clínica ampliada. Verificou-se que, em muitas situações não é considerado na escolha dos gestores designados para as eMulti, aspectos como a formação e a experiência alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, bem como os atributos da Atenção Primária à Saúde e às diretrizes do cuidado antimanicomial. Essa realidade contribui para carência do conhecimento especializado e da compreensão da relevância da pesquisa na prática do dia a dia na atuação desses gestores. Nesse contexto, identificou-se a ausência de avaliações e planejamentos nas eMulti da região, adequados aos atributos da APS.

Os resultados identificados nesta pesquisa, corroboram a compreensão de que há predominância das influências da doutrina neoliberal na gestão do Sistema Único de Saúde. Verificou-se que a superespecialização na APS, o uso de práticas burocráticas voltadas ao controle excessivo da produção, a fragmentação do cuidado e a descontinuidade das abordagens interdisciplinares estão relacionados a esse cenário mais amplo.

A aproximação da eMulti às práticas ambulatoriais, provoca uma atuação dos profissionais alheios a problemas persistentes que atravessam a consolidação do SUS, como a insuficiência da contratação de profissionais, a necessidade de maiores investimentos financeiros e a dependência do sistema público de saúde de serviços externos. Essa lógica de contenção e racionalização da força de trabalho e a retração do Estado social, atende a uma lógica de flexibilização e desresponsabilização estatal.

Isso nos leva a compreensão de que o surgimento da eMulti, como substituta do Nasf, não é apenas uma reorganização administrativa. A realidade, é que se trata de um contexto político mais amplo, que apresenta a eMulti como uma proposta desconectada com os princípios do SUS e dos atributos essenciais da APS.

Para que o sistema de saúde funcione, defende-se a urgência de reorientar as políticas públicas para que priorizem o trabalho interdisciplinar, a integralidade e o cuidado compartilhado. Especialmente na realidade da eMulti, torna-se indispensável retomar a valorização do apoio matricial como tecnologia fundamental do trabalho na APS. Além disso, fica evidente a necessidade de investimentos públicos, pois não é possível avançar apenas com a vontade profissional de enfrentar os desafios cotidianos.

Em contexto local, espera-se que as reflexões desta pesquisa contribuam para a promoção de práticas capazes de fortalecer e reafirmar a região como referência na efetividade da APS no país. Essas práticas devem se orientar por meio de uma clínica que resista à norma e valorize a comunidade. Espera-se, ainda, que tais práticas se fundamentem em princípios éticos, com compromisso com a sociedade, e sustentem a produção de cuidado alinhadas às diretrizes e os princípios do SUS.

Embora o estudo apresente limitações quanto a generalização, por se restringir a um recorte local, ele oferece contribuições relevantes, especialmente para profissionais e gestores. Ele visa contribuir para sensibilizar o uso de novas formas de promover cuidado na atenção psicossocial, explorando o território, incorporando

novos saberes e rompendo com os muros das unidades de saúde, com práticas inovadoras, intersetoriais e na comunidade.

Por fim, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas para melhor compreensão da dinâmica de implementação e consolidação da eMulti no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. Rodrigues e MEDINA, Maria Guadalupe. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 35, v. 11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; VIEIRA, Ágata Carla de Deus; ALMEIDA, Fayllane Araujo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. 04, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>.

ALVES, Dayse Lôrrane Gonçalves; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; RIBEIRO, Josualdo Araujo Lima. Mental Health in Primay Care. **International Archives of Medicine**, v. 10, p. 1-12, 2017. DOI: 10.3823/2463.

ALVES, Samara Vasconcelos et al. Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as equipes CAPS-ESF no cenário brasileiro. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 34, e34008, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434008pt>.

ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos. Saúde mental, atenção primária e a eMulti. in: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Curso de Formação dos Profissionais das eMulti. Caderno de Textos**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, p. 47-64, 2024.

ARAQUARI (SC). Prefeitura. Araquari comemora 149 anos de história. Um olhar para o passado e para o futuro. Disponível em:

<https://araquari.atende.net/cidadao/noticia/araquari-comemora-149-anos-de-historia-um-olhar-para-o-passado-e-para-o-futuro>. Acesso em: 29 de dezembro de 2025.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Atividades desenvolvidas por profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, nº 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00158>.

BALNEÁRIO BARRA DO SUL (SC). Prefeitura. Balneário Barra do Sul – Cidade do Encanto (vídeo institucional). Disponível em: <https://balneariobarradosul.atende.net/cidadao/video/balneario-barra-do-sul-em-2009>. Acesso em: 29 de dezembro de 2025.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, F. P. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-71, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>

BARROS, Fernando Passos Cupertino; LOPES, Jéssica de Souza; MENDONÇA Ana Valéria Machado; SOUZA, Maria Fátima. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>

BARROS, Sônia. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipe multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Perspectivas/Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health**. Rio de Janeiro: v. 39, ed. 10, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>.

BRASIL. **Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, ANO CXXVIII, nº 182, Seção I. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abril, 2001, nº 69-E, Seção 01, p. 2. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>>. Acesso em: 30 de junho 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de janeiro de 2008, nº 18, Seção 01, p. 47. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47&data=25/01/2008>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Caderno da Atenção Básica nº 27.** Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 4 ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/public>

acoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em 19 de setembro de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.843, de 20 de setembro de 2010** (Revogada). Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - Nasf 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de setembro de 2010c, nº 181, Seção 1, p. 44. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=21/09/2010>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes da Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2012a, nº 251, Seção 01, p. 223. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=223&data=31/12/2012>>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2025

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso 21 de novembro de 2024.

BRASIL. **Caderno da Atenção Básica, nº 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017, nº 183, Seção 01, p. 68. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de dezembro de 2017b, nº 245, Seção 01, p. 239. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=239&data=22/12/2017>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de abril de 2019a, Ed.-Aº 70, Seção 01, p. 07. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria MS/GM da Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de novembro de 2019b, Ed. 220, Seção 01, p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/Portaria-MS/GM-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 03/2020.** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica (Nasf-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2024.

BRASIL. **Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 31 de maio de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de maio de 2023a, Edição: 96-A, Seção 01 - Extra B, p.11. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/Portaria_MS/GM-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria MS/GM GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portaria MS/GMs de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de junho de 2023b, Edição 114, Seção 01, p. 296. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/Portaria_MS/GM-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 660, de 3 de julho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que institui recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de julho de 2023c, Edição 125, Seção 01, Página 107. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-660-de-3-de-julho-de-2023-494158320>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.139, de 17 de junho de 2024.** Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa”, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de junho de 2024a, Edição 115, Seção 01, p. 105. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.139-de-17-de-junho-de-2024-566232302>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico nº 4 - Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, v. 55, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>. Acesso em: 13 de junho de 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria MS/GM de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de abril de 2024c, Edição 70, Seção 01, p. 100. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/Portaria_MS/GM-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811. Acesso em: 30 de junho de 2024.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, nº 2, p. 77-101, 2014. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa).

BROCARD, Deniclara et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 01, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.

Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 02 de junho de 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, nº 1, p. 983-995, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e equipes multiprofissionais (eMulti): diretrizes, processo de trabalho e experiências. in: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Curso de Formação dos Profissionais das eMulti. Caderno de Textos**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, p. 09-14, 2024.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago; GHELLI, Klema Gomes Mendonça. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/saude/Downloads/An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo%20na%20pesquisa%20qualitativa.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2024.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, p. 455-481, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. **Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

CHIZZOTTI, Antonio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COELHO, Nayara Alacoque *et al.* A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210064>.

CONCEIÇÃO, Maria Luiza Lopes da. Serviços e Financiamento: Uma análise da Política de Saúde Mental entre 2001 e 2016. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, nº. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/41723>. Acesso em: 13 de junho de 2024.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde Mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, ed. 6, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

CUNHA, Isabela de Oliveira; PRADO, Marina Fernandes e RESENDE, Tânia Inessa Martins. Saúde Mental na Atenção Primária: o apoio matricial e a clínica ampliada em tempos de COVID-19. **Health Residencies Jornal**, v. 4, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.597>.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde Mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas**. 168f. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Rio de Janeiro: **Revista Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 143-149, 2008. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/lil-514320>. Acesso em: 08 de janeiro de 2025.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Curso de Formação dos Profissionais das eMulti. Caderno de Textos.** Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, 2024.

FREITAG, Raquel Maister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de estudos da linguagem**, v. 9, n. 1, p. 78-82, 2016. DOI:

GARUVA (SC). Prefeitura. Aspectos Econômicos. Disponível em <https://servicos.garuva.sc.gov.br/pagina-3632/>. Acesso em: 29 de dezembro de 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2 ed., 2012, p. 493 - 546.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GUAZI, Taísa Scarpin. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**. v. 2, p. 1-20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131>.

GUIMARÃES, Denise Alvez *et al.* Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, e33052, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333052>.

GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia *et al.* Apoio Matricial em Saúde Mental na Percepção dos profissionais de saúde. **Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, V. 16, n.1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36692/V16N1-32>.

HOFFMANN, Edla; FREITAS, Lyzete Bruna Pereira. Saúde em tempos ultraliberal: entre a atenção psicossocial e a (re)manicomialização. **Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.40121>.
<https://doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Pesquisa Cidades e Estados. Rio de Janeiro, 2022.

ITAPOÁ, Câmara Municipal de Itapoá. Conheça Itapoá – SC. Itapoá/SC, 2025. Disponível em: <https://www.camaraitapoa.sc.gov.br/camara-itapoa/conheca-itapoa-sc.html>. Acesso em: 21 de novembro de 2025.

KLEIN, Ana Paula; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, nº 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>.

KREFER, Laressa Thaís. Saúde Mental e contrarreforma: indicadores de financiamento, assistência e epidemiológicos no contexto das novas políticas da Rede de Atenção Psicossocial. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

LEITE, Denise Fernandes; OLIVERA, Maria Amélia de Campos; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. O trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de seus trabalhadores. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v15, nº 3, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.30748>.

LOPES, Lavinia Mabel Viana. **Percepção dos profissionais do Nasf-AB sobre o processo de trabalho, seus avanços e desafios**. 2020. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

MACEDO, Mirnis Aparecida Vieira de et al. Análise do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 15, nº 30, p. 194-211, 2016. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyps15-30.aptn.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-232, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7tBHt6hxRRRxK64d6qSQbVv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de agosto de 2024.

MAGALHÃES, Bárbara Jéssyca et al. Mental Health Care at the Expanded Family Health and Primary Care Center from the Perspective of its Professionals, Managers, and Users. **Trends in Psychology**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00414-y>.

MARCONI, Marina de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARTINS, Frankly Eudes Sousa; Rolim, Ana Carine Arruda. Construção, potencialidades e desmontes da lógica do apoio ao trabalho na atenção básica: relato crítico de município do nordeste brasileiro. **Revista Saúde em Redes**, v. 09, n. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n2.3968>.

MATTOS, Maurício Pereira de; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>.

MATTOS, Mauricio Pereira. Do Nasf à eMulti, ampliando e compartilhando a gestão do cuidado em saúde na APS. in: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca. **Curso de Formação dos Profissionais das eMulti. Caderno de Textos**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, p. 23-37, 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília-DF, 2ª ed, 2011.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A Análise de Conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v.47 n.165 p.1044-1066, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053143988>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

MOREIRA, Diane Costa et al. Avaliação do trabalho dos Nasf-AV por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, nº 12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>.

MORSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 09, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.

MULLER, Erildo Vicente; STLER, José Lucas Meira; SILVA JR, Manoelito Ferreira. Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v 45, nº 130, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113007>.

MUSSADA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista Ciência & Saúde**

Coletiva, n. 25, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **Trabalho, Educação e Saúde**, v17, nº 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do et al. Configuração do Processo de Trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Cuidado Integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, nº 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 846-852, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600019>

NUNES, Vanessa Veloso *et al.* Prymary care mental health: nurses activities in the psychosocial care network. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 73 (Suppl 1):e20190104, 20. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Some thoughts on the conceptual foundations of mental health and formation of the health professional in the context of health promotion. *Health Debate*, ed. 78, v. 32, p. 38-48, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-514310>.

ORUÉ, Aline Lam; SOUZA et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. **Saúde Redes**, v4, nº 3, p. 159-177, 2018. DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p159-177>.

PEITER, Caroline Cechinel; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em**

Debate, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611105>.

QUEIROZ, Valéria Debortoli de Carvalho. **Saúde Mental e atenção primária em saúde: uma interface necessária**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2020.

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco et al. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, nº2, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00082>.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A Análise Temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**. Blumenau, v. 16, e8574, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>.

ROTOLI, Adriana *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, nº 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>.

SANTA CATARINA. **Centro de Ciências da Saúde, Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): minicurso**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2. Ed. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14868/1/Apostila_NASF-AB_N%C3%BACleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 18 de junho de 2024.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 136/CIB/2021**. Aprova o incentivo estadual para

o cofinanciamento para as Equipes Multiprofissionais. Florianópolis: Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, 2021a.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 263/CIB/2021**. Aprova as regras para concessão do Cofinanciamento Estadual às Secretarias Municipais de Saúde com a implantação das Equipes Multiprofissionais (EM) criadas pela Deliberação 136/CIB/2021. Florianópolis: Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, 2021b.

SANTA CATARINA, Governo de Santa Catarina. **Portal do estado de Santa Catarina. Conheça Santa Catarina.** Geografia. Disponível em: <https://estado.sc.gov.br/conheca-sc/geografia/>. Acesso em: 23 de maio de 2024a.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Consulta de Estabelecimentos, Equipes e Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Atualização em: 01 abr. 2024b. Disponível em: <https://atencaoprimaria.saude.sc.gov.br/cnesmunicipiosaps.html>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Consulta de Estabelecimentos, Equipes e Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Atualização em: 25 de nov. 2025. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYjYjYmJhMWYtZDA5NS00YTk1LTlhYjEtZW_M1YzNkNWZkOGZhliwidCI6IjhhNjNIOThhLWM0MzktNDM5Yy1iYjAyLTewOGM5ZW_ZiZTBjMyJ9. Acesso em: 29 de dez. de 2025.

SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 16, n. 1, 2012. <https://doi.org/10.14244/%2519827199291>.

SANTOS, Larissa Aguilár dos; PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras; FERREIRA NETO, João Leite. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210810>.

SANTOS, Thais Chiapinoto dos. Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil: uma análise a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 79f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

SANTOS, Willian Tito Maia; MANDELBAUM, Berlinda Piltcher Haber. Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia no Nasf. **Barbarói**, v. 48, p. 168-184, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.9028>.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos e GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2024.

SEBRAE. Observatório Setorial Territorial: Decifrando Territórios e Setores para Ampliar sua Competitividades. Desenvolvido por Datawhell. Atualização: 2025. Disponível em: <https://observatorio.sebrae.com.br/profile/geo/sao-francisco-do-sul>. Acesso em: 29 de dez. 2025.

SEUS, Thamires Lorenzet et al. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Nasf: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, nº 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300017>.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, nº 2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02702014>

SILVA, Ira Carolina Corrêa et al. Regulação do acesso à assistência em saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE**. São Paulo, v. 10, n. 10, 2024. DOI: doi.org/10.51891/rease.v10i10.15875.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da; SILVA, Jaslene Carlos da; OLIVEIRA, Sydai Rosana de Araujo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. **Saúde em Debate**, v. 44, nº 124, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012402>.

SILVA, Lielma Carla Chagas da et al. Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica. **Saúde em Debate, Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica**, v. 47, nº 139, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313912>.

SILVA, Marciele Moreira et al. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Ciência, cuidado & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 155-163, 2013. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v12i1.21736](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i1.21736).

SOARES, Susana; OLIVEIRA, Walter .Ferreira. The matrix approach to mental health care: Experiences in Florianopolis, Brazil. *Jornal of Health Psychology*, Vol. 21, ed. 3, p. 336-345 2016. DOI: [10.1177/1359105316628752](https://doi.org/10.1177/1359105316628752).

SOUSA, Elyana Teixeira Sousa. Os nós da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TIMMERMAN, Talita Abi Rios; BRITES, Liara Saldanha; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, e31020270, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>.

TOMIM, Geiciely Cavanha. Reforma neoliberal na atenção primária à saúde brasileira: uma análise crítica do desmonte do Nasf e a precarização das eMulti. **Revista Aracê**, V. 7, n. 7, p. 39419-39433, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n7-246>.

WHO. World Health Organization. **Suicide** [Internet]. 2023 Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WHO. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b516621b-1d79-4f5c-a36d-9149b28f6576/content>. Acesso em: 08 de novembro de 2025.

WHO. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/arquivos/9789240049338-eng.pdf>. Acesso em: 13 de junho de 2024.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2013.

ZANINI, Alanz Mara *et al.* Estudos de percepção e educação ambiental: um enfoque fenomenológico. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**. Belo Horizonte: v. 23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-21172021230127>.

APÊNDICE A
Questionário (Representantes da Gestão)

Nome:

Função:

Qual é o número de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) no município? E quais são os tipos de equipes?

R:

Qual é o número de equipes multiprofissionais na APS (eMulti) credenciadas pelo MS no município? E quantos profissionais são cadastrados em cada equipe? E qual é o tipo de equipe e a carga horária?

R:

Quais são as categorias de profissionais e a quantidade de cada uma que compõe a/as eMulti no município?

R:

Relate brevemente a história de implementação e a trajetória das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e das eMulti no município. (Quando foi implementada, se houve em algum momento expansão ou contração do número de equipes e profissionais e se tiver informações sobre o contexto histórico dos processos de mudanças ao longo dessa trajetória).

R:

APÊNDICE B
Dados Sociodemográficos
(Profissionais e Gestores)

NOME:

FORMAÇÃO:

SERVIÇO:

CARGO:

TIPO DE VÍNCULO:

TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO E QUAL VÍNCULO PROFISSIONAL POSSUI
COM O MUNICÍPIO:

TEMPO DE LOTAÇÃO NO SERVIÇO ATUAL:

BREVE HISTÓRICO SOBRE A CARREIRA PROFISSIONAL:

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista - Gestores

Assunto 01: Inquirir qual é a percepção do gestor sobre o papel que a eMulti desempenha no cuidado em saúde mental;

Assunto 02: Questionar quais são as principais práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na APS no município;

Assunto 03: Interrogar como está sendo estabelecida a relação entre as equipes de Saúde da Família e a equipe eMulti (existe a corresponsabilização do cuidado? Existe um planejamento de ações compartilhadas e reuniões?);

Assunto 04: Inquerir se as estratégias que estão sendo adotadas pelas eMultis estão sendo resolutivas;

Assunto 05: Perguntar qual é a percepção dos gestores sobre as mudanças na lógica de trabalho das equipes do Nasf para o trabalho realizado atualmente pelas eMulti no município;

Assunto 06: Questionar se está claro para o gestor qual é o modelo de cuidado proposto pela portaria da eMulti no cuidado de Saúde Mental;

Assunto 07: Inquirir como o gestor (a) percebe o suporte recebido, tanto financeiro, quanto em termos de capacitação, orientação técnica e outros recursos disponibilizados na relação tripartite: município, estado e governo federal (Ministério da Saúde), para atender às demandas e superar os desafios enfrentados pela eMulti.

Assunto 08: Interrogar sobre a percepção das perspectivas futuras da eMulti e do cuidado em Saúde Mental na APS, considerando o contexto atual;

Assunto 09: Indagar sobre a perspectiva e o planejamento do município com relação aos próximos anos.

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista - Profissionais

Assunto 01: Indagar qual é a percepção do (a) profissional sobre o papel que a eMulti desempenha no cuidado em saúde mental;

Assunto 02: Interrogar como está sendo estabelecida a relação entre as equipes de Saúde da Família, com a equipe eMulti (existe a corresponsabilização do cuidado? Existe um planejamento de ações compartilhadas e reuniões?);

Assunto 03: Questionar a rotina de trabalho das eMulti (Ênfase na dimensão clínica assistencial ou técnico pedagógico? Ênfase no atendimento individual e exclusivo com o especialista ou na corresponsabilização do cuidado? Identificar a presença ou não do AM e da Clínica Ampliada: reunião de matriciamento, atendimentos e visitas compartilhadas, interconsultas, discussão de casos, reuniões de equipe, educação permanente, elaboração de PTS);

Assunto 04: Indagar como os usuários possuem acesso ao trabalho realizado pelos profissionais da eMulti (existe um fluxo estabelecido?);

Assunto 05: Inquirir sobre as estratégias que estão sendo desenvolvidas para a integração da rede (RAS, RAPS e intersetorial);

Assunto 06: Perguntar quais são as principais práticas de cuidado em saúde mental que o (a) profissional tem desenvolvido no seu território;

Assunto 07: Questionar qual é a percepção sobre as mudanças na lógica de trabalho das equipes do Nasf para o trabalho realizado atualmente pelas eMulti no município (e se entende que melhorou, piorou, se os desafios modificaram etc.);

Assunto 08: Indagar se está claro para o (a) profissional qual é o modelo de cuidado proposto pela eMulti no cuidado em Saúde Mental na APS.

Assunto 09: Questionar qual é a percepção sobre as perspectivas futuras da eMulti e do cuidado em Saúde Mental na APS, considerando o contexto atual;

Assunto 10: Identificar se existe alguma idealização de estratégias que possam contribuir para a melhoria das práticas de cuidado em Saúde Mental.

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Dados de Identificação

Título do Projeto: A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o cenário atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

Pesquisadora Responsável: Andreza Carolina Rodrigues Castanho Telefone para Contato: (47) 98808-7086 Instituição à qual pertence a pesquisadora responsável: Universidade Federal de Santa Catarina

Nome _____ do _____ participante:

Idade: _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o cenário atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”, a ser conduzida pela mestrande Andreza Carolina Rodrigues Castanho, sob a orientação do professor Dr. Walter Ferreira de Oliveira. O objetivo geral desta pesquisa é compreender a percepção de gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) e de profissionais que integram a equipe multiprofissional na APS (eMulti) sobre o

cenário atual de cuidado em saúde mental na APS. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH), seguindo os critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012. O CEPSH-UFSC é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mas independente na tomada de decisões. Foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEPSH-UFSC está localizado no Prédio Reitoria II - 7º andar, sala 701, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: (48) 3721-6094.

1 de 3

A sua participação consiste em conceder uma entrevista sobre temas relacionados ao cuidado de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). A entrevista poderá ser realizada de forma virtual ou presencial, conforme sua escolha, e será gravada para posterior transcrição e análise. O tempo estimado para a

realização da entrevista é de aproximadamente 60 minutos. Todas as informações coletadas serão analisadas estritamente para fins científicos. Apenas os pesquisadores terão acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter a confidencialidade e sigilo sobre a identidade dos participantes. Após a coleta de dados, os arquivos serão armazenados em um dispositivo eletrônico em local protegido por senha, acessível apenas ao pesquisador e ao orientador do projeto de pesquisa. Após 5 (cinco) anos, os dados serão deletados. O tratamento das informações será realizado sem uso de nuvem ou compartilhamento de dados.

Os riscos associados à pesquisa são mínimos. Você pode sentir-se desconfortável ao relatar suas percepções sobre o trabalho, mas caso isto aconteça garantimos acolhimento, atendimento e acompanhamento em serviço de saúde, se necessário e garantia de sigilo, além do direito de interromper a pesquisa a qualquer momento. Embora estejamos comprometidos com a segurança dos dados, sempre existe a possibilidade de falhas tecnológicas na gravação ou perda de dados e, embora remota, a possibilidade de quebra de sigilo involuntária (como perda ou roubo dos dados ou equipamentos utilizados). Todas as medidas possíveis serão tomadas para prevenir estas ocorrências e, caso ocorram, serão adotadas todas as providências necessárias para reparar quaisquer danos materiais ou morais ocorridos. Apenas maiores de 18 anos poderão participar da pesquisa.

Não há benefícios materiais diretos ou pessoais para os participantes, mas sua contribuição ajudará a ampliar o conhecimento científico na área de Saúde Coletiva, especialmente em Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde. Os resultados poderão ser apresentados em eventos ou publicações científicas, mantendo o anonimato dos participantes.

Caso ocorram despesas relacionadas à participação, o ressarcimento será feito mediante apresentação de comprovantes, com o valor compatível e pago no prazo mínimo possível, por transferência bancária ou PIX, conforme as disposições legais.

2 de 3

Conforme o item IV.3(h) da Resolução 466/2012, em previsão de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, comprometemo-nos a oferecer a devida assistência e suporte aos participantes, incluindo cobertura de quaisquer despesas necessárias para o tratamento ou reparação dos danos causados diretamente pela pesquisa, bem como a assegurar o direito à indenização, caso

aplicável, conforme legislação vigente e ética da pesquisa. Este compromisso visa garantir a proteção e o bem-estar dos participantes, em alinhamento aos princípios éticos estabelecidos.

Esta pesquisa faz parte do Grupo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde (GPPS), situado no Departamento de Saúde Pública (DSP) - Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Campus Reitor João David Ferreira Lima, Rua Delfino Conti, s/n - Trindade, UFSC, Florianópolis/SC, CEP: 88040-900. Para mais informações, entre em contato pelo e-mail ufscgpps@gmail.com e do CEPESH-UFSC: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Em caso de dúvidas ou se você se sentir prejudicado(a), poderá contatar a pesquisadora responsável pelo telefone (47) 98808-7086 ou pelo e-mail andrezarspsico@gmail.com. Os pesquisadores responsáveis comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você aceitará participar da pesquisa e confirmará que foi informado(a) de forma clara e objetiva sobre todos os procedimentos da pesquisa e outras explicações pertinentes ao projeto. Você receberá uma via deste documento e deve guardá-la, pois contém informações importantes de contato dos pesquisadores responsáveis e sobre seus direitos como participante da pesquisa.

() Autorizo a gravação de voz, vídeo e imagens desde que não haja nenhuma forma de identificação.

() NÃO autorizo o uso de imagens, gravações, vídeos ou qualquer forma de coleta de dados que possa me identificar

Participante da Pesquisa

Andreza C. Rodrigues Castanho
Pesquisadora Responsável

Dr. Walter Ferreira de Oliveira
Orientador

APÊNDICE F

Cartas de anuência institucional



Ofício nº 0361/2025/SMS

Araquari, 13 junho de 2025

Aos pesquisadores,

Assunto: Autorização de Pesquisa

Prezados,

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que recebemos o projeto de pesquisa intitulado **"A PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA EMULTI SOBRE O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE."**, sob a responsabilidade da pesquisadora Andreza Carolina Rodrigues Castanho, sob a orientação do Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, vinculado ao Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Na condição de responsáveis legais, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, damos anuência para a execução da pesquisa em nossas instalações, observando os seguintes pontos:

1. O objetivo principal do estudo é compreender a percepção de gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos profissionais que integram a equipe multiprofissional da APS (eMulti) sobre o cenário de cuidado em saúde mental na APS.
2. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo.
3. Os participantes serão os gestores atuantes no campo da APS e profissionais que compõem a equipe Multiprofissional na APS.
4. A coleta de dados se dará por meio de: Aplicação de um questionário sócio demográfico e entrevista semiestruturada para os gestores da APS e para os profissionais que atuam nas eMulti.
5. Os instrumentos de coleta serão elaborados pela pesquisadora.
6. A participação dos servidores é voluntária e estará condicionada ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
7. A Secretaria Municipal de Saúde de Araquari reserva-se o direito de interromper a participação no estudo, em qualquer momento da pesquisa.
8. Os pesquisadores se responsabilizam pelo sigilo, guarda e descarte dos dados, conforme normas vigentes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sem impor qualquer ônus à Secretaria de Saúde.
9. Após a conclusão da pesquisa, os resultados deverão ser encaminhados à Secretaria de Saúde, pelo email: sec.saude@araquari.sc.gov.br
10. Os pesquisadores estarão disponíveis para apresentar seu trabalho conforme calendário da Secretaria Municipal de Saúde de Araquari, sem acarretar ônus para a Prefeitura.

Conclusão: **Deferido**

Assinado de forma digital por
VALMIR JOSE SANTHIAGO
JUNIOR:04239522935
Dados: 2025.05.16 09:54:57 -03'00'



PREFEITURA DE BALNEÁRIO
BARRA DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO BÁSICO

Balneário Barra do Sul-SC., às 010:12:21s, do dia 31 de outubro de 2024

TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO PARA O USO DE INFORMAÇÕES

Eu, **ANDREZA CARONILA RODRIGUES CASTANHO**, inscrita no CPF sob o nº 008.477.079-11, na qualidade de pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **"A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o Cenário Atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde"**, declaro, por meio deste documento, minha aceitação para a realização do referido projeto, juntamente com minha equipe de pesquisa, composta pelo orientador Professor Dr. **WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA**.

Estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão empregados nesta pesquisa e concordo em fornecer todos os subsídios necessários para seu desenvolvimento, desde que sejam assegurados os seguintes compromissos:

1. **Cumprimento Ético:** A pesquisa respeitará as determinações éticas estabelecidas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/2012 e suas atualizações, garantindo a proteção dos participantes e a integridade do processo de pesquisa.
2. **Transparência e Esclarecimentos:** A garantia de que poderei solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e após o desenvolvimento da pesquisa, assegurando a transparência das informações.
3. **Isenção de Custos:** Não haverá quaisquer despesas para esta instituição decorrentes da participação na pesquisa, garantindo que a colaboração seja gratuita e sem encargos financeiros.
4. **Relatórios e Apresentações:** O compromisso de anexar o relatório parcial e final na Plataforma Brasil, assim como a apresentação dos achados da pesquisa para as partes interessadas, garantindo a disseminação dos resultados obtidos.



(047) 3488.1796
(047) 3488.2110



saude@balneariobarraodosul.sc.gov.br
balneariobarraodosul@alameda.net



Rua Manoel de
P02, Centro

Rafael Hillie
Secretário de Saúde e
Saneamento Básico
Matrícula: 164429



PREFEITURA DE BALNEÁRIO
BARRA DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO BÁSICO

5. **Direito de Retirada:** No caso de não cumprimento de qualquer um dos itens acima, terei a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização ou restrição.

Este termo é celebrado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o Secretário Municipal de Saúde, para que produza seus devidos efeitos legais.

Atenciosamente,


Rafael Hillé
Secretário Municipal de Saúde

Rafael Hillé
Secretário de Saúde e
Saneamento Básico
Matrícula: 164429

 documento assinado digitalmente
MARCELA CARONILA RODRIGUES CASTANHO
CPF: 047.254.110-29
assinado em 09/01/2024 às 14:08:30

Andreza Caronila Rodrigues Castanho
Pesquisadora Responsável

 (047) 3448-1766
(047) 3448-2110

 saude@balneariobarradosul.sc.gov.br
balneariobarradosul.ahende.net

 Rua Manoel de Souza,
P02, Centro



PREFEITURA MUNICIPAL DE GARUVA
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Eugênio Avanci 656 – Centro
(47) 3445-4020

TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO PARA O USO DE INFORMAÇÕES

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que recebemos o projeto de pesquisa intitulado *“A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o Cenário Atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”*, sob a responsabilidade da pesquisadora ANDREZA CAROLINA RODRIGUES CASTANHO, inscrita com o CPF nº 008.477.079-11, sob orientação do professor Dr. WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA, vinculados ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Na condição de responsáveis legais, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, damos anuência para a execução da pesquisa em nossas instalações, observando os seguintes pontos:

- Cumprimento das determinações éticas das resoluções do CNS/MS nº 466/2012 e as suas atualizações;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- Anexar o relatório parcial e final na Plataforma Brasil, e se comprometer com o serviço na apresentação dos achados da pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma.

Garuva, 12 de novembro de 2024

Assinado eletronicamente por: ROGÉRIO MARTINHO THOMAS
 Assinado em: 12/11/2024 15:00:00
 Assinado em: 12/11/2024 15:00:00

Rogério Martinho Thomas
Secretário Municipal de Saúde



Prefeitura de Itapoá
Secretaria de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ

Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO PARA O USO DE INFORMAÇÕES

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que recebemos o projeto de pesquisa intitulado *“A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o Cenário Atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”*, sob a responsabilidade da pesquisadora ANDREZA CAROLINA RODRIGUES CASTANHO, inscrita com o CPF nº 008.477.079-11, sob orientação do professor Dr. WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA, vinculados ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Na condição de responsáveis legais, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, damos anuência para a execução da pesquisa em nossas instalações, observando os seguintes pontos:

- Cumprimento das determinações éticas das resoluções do CNS/MS nº 466/2012 e as suas atualizações;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- Anexar o relatório parcial e final na Plataforma Brasil, e se comprometer com o serviço na apresentação dos achados da pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma.

Itapoá, 18 de novembro de 2024.

PRISCILA DE ARAUJO
CARNEIRO
FREITAS:02384098993

Assinado de forma digital por
PRISCILA DE ARAUJO CARNEIRO
FREITAS:02384098993
Data: 2024.11.19 12:04:00 -05'00'

Priscila de Araújo Carneiro Freitas
Secretária de Saúde de Itapoá



OFÍCIO SEI N° 0023333326/2024 - SES.UGE.CEIS

Joinville, 28 de outubro de 2024.

Aos pesquisadores,

Assunto: Autorização de Pesquisa

Prezados,

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que recebemos o projeto de pesquisa intitulado "**A PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA EMULTI SOBRE O CENÁRIO ATUAL DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**", sob a responsabilidade da pesquisadora Andreza Carolina Rodrigues Castanho, sob a orientação do Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, vinculados ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Na condição de responsáveis legais, em nome da Secretaria Municipal da Saúde, damos anuência para a execução da pesquisa em nossas instalações, observando os seguintes pontos:

1. O objetivo principal do estudo é compreender a percepção de gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) e de profissionais que integram a equipe multiprofissional na APS (eMulti) sobre o cenário atual de cuidado em saúde mental na atenção primária a saúde.
2. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo.
3. Os participantes serão os gestores atuantes no campo da APS e profissionais que compõe a equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.
4. A coleta de dados se dará por meio de: Aplicação de um questionário aos gestores da APS ou a um informante-chave por ele indicado; Aplicação de um questionário socio demográfico, para os gestores da APS e para os profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais; Realização de entrevista semi estruturada para os gestores e para os profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais.
5. Os instrumentos de coleta serão elaborados pela pesquisadora.
6. A participação dos servidores é voluntária e estará condicionada ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
7. Não será permitido gravações de imagens das participantes.
8. As atividades de coleta de dados deverão ser agendadas previamente com a coordenação do serviço e deverão ocorrer de modo a não interferir na rotina da unidade.
9. Para a coleta de dados, será necessário envolver os servidores durante o horário de trabalho, e, portanto, será imprescindível uma declaração do responsável, permitindo a participação dos servidores nesse período.
10. Ao comparecerem ao local de pesquisa para a coleta de dados, os pesquisadores deverão obrigatoriamente apresentar à coordenação da unidade a Carta de Anuência e a autorização do CEP.

11. A Secretaria Municipal de Saúde de Joinville reserva-se o direito de interromper a participação no estudo, em qualquer momento da pesquisa.
12. Os pesquisadores se responsabilizarão pelo sigilo, guarda e descarte dos dados, conforme as normas vigentes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sem impor qualquer ônus à Secretaria de Saúde.
13. Após a conclusão da pesquisa, os resultados deverão ser encaminhados ao CEIS pelo e-mail ses.uge.ceis@joinville.sc.gov.br.
14. Os pesquisadores estarão disponíveis para apresentar seu trabalho conforme o calendário da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, sem acarretar ônus para a Prefeitura.

Conclusão: **DEFERIDO**

VIVIANE ALANO DA SILVA RUZZA
Coordenadora do Centro de Educação e Inovação em Saúde - CEIS

LISANDRA DE ALMEIDA NUNES
Técnica Responsável pela Área de Avaliação de Pesquisas



Documento assinado eletronicamente por **Viviane Alano da Silva Ruzza**, **Coordenador(a)**, em 30/10/2024, às 08:37, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



Documento assinado eletronicamente por **Lisandra de Almeida Nunes**, **Servidor(a) Público(a)**, em 31/10/2024, às 04:30, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **0023333326** e o código CRC **3803D3BB**.

Rua Doutor João Colin, 2719 - Bairro Santo Antônio - CEP 89218-035 - Joinville - SC -
www.joinville.sc.gov.br



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DO SUL – SC
CNPJ: 03.264.792/0001-08
Rua Manoel Antônio Bueno nº 387 - Bairro Rocio Grande



São Francisco do Sul, 13 de novembro de 2024.

TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO PARA O USO DE INFORMAÇÕES

Prezado,

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que recebemos o projeto de pesquisa intitulado "A Percepção de Gestores e Profissionais da eMulti sobre o Cenário Atual do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde", sob a responsabilidade da pesquisadora **ANDREZA CAROLINA RODRIGUES CASTANHO**, inscrita com o CPF nº 008.477.079-11, sob orientação do professor Dr. **WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA**, vinculados ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Na condição de responsáveis legais, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, damos anuência para a execução da pesquisa em nossas instalações, observando os seguintes pontos:

- Cumprimento das determinações éticas das resoluções do CNS/MS nº 466/2012 e as suas atualizações;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- Anexar o relatório parcial e final na Plataforma Brasil, e se comprometer com o serviço na apresentação dos achados da pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma.

Sem mais.

Atenciosamente,


Manoel Francisco Patruni
Secretário Municipal de Saúde Portaria
19.318/2024

APÊNDICE G

Quadro com os artigos selecionados para a revisão de literatura - Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Autor e Ano	Título	Objetivo	Método		
			Amostra	Coleta de Dados	Análise de Dados
Sousa, E. T., 2014	Os Nós da Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial.	Analisar a compreensão dos profissionais de eNasf de Florianópolis, SC sobre seu processo de trabalho na RAPS.	Nove profissionais de diferentes eNasf.	Entrevista semiestruturada.	Hermenêutica Dialética
Ribeiro et al., 2015	Representações sociais de profissionais de Nasf sobre interdisciplinaridade.	Analisar as representações sociais de profissionais de eNasf de Fortaleza/CE sobre interdisciplinaridade em seu cotidiano de trabalho.	15 profissionais de eNasf, quatro gestores e dois profissionais da SF.	Observação participante e entrevista semiestruturada.	Hermenêutica de Profundidade.
Shimizu e Fragelli, 2016	Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Nasf.	Identificar as competências essenciais, bem como verificar sua importância e viabilidade para o trabalho nos Nasf.	Profissionais de diversas categorias de todo o Brasil: 66 na etapa exploratória e, na segunda etapa (75 e 43).	Questionários anônimos em rodadas sucessivas via Google Docs.	Método do estudo Delphi de Políticas.
Nascimento e Oliveira, 2016	Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Analisar o processo de trabalho no Nasf e as percepções dos profissionais acerca das situações estressoras.	20 trabalhadores de eNasf do município de São Paulo (SP).	Estudo de caso com dois grupos focais.	Hermenêutica Dialética e referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours.
Macedo et al., 2016	Análise do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro.	Analisar a organização do processo de trabalho do Nasf.	11 profissionais de duas eNasf de Fortaleza (CE).	Entrevista semiestruturada e observação livre.	Hermenêutica Dialética.

Santos e Mandelbaum, 2016	Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais de psicologia nos Nasf.	Compreender as práticas e o trabalho interdisciplinar de profissionais de psicologia de Nasf em Feira de Santana/Bahia	Seis profissionais de psicologia.	Entrevista semiestruturada com seis profissionais e etnografia com duas profissionais	Hermenêutico.
Leite, Oliveira e Nascimento, 2016	O trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de seus trabalhadores.	Analisar as percepções dos profissionais de Nasf sobre o trabalho que realizam.	40 profissionais de eNasf de São Paulo (SP).	Entrevista semiestruturada.	Análise de Conteúdo.
Soares, S; Oliveira, WS.F., 2016	A abordagem matricial no cuidado em saúde mental: experiências em Florianópolis, Brasil.	Compreender como as eNasf, trabalhando com uma abordagem matricial, executam ações educativas voltadas ao cuidado psicossocial em Florianópolis, SC.	Profissionais da eNasf, gestores, diretor da APS, e profissionais matriciadores, totalizando 14 sujeitos.	Entrevista Semiestruturada.	Dialética Hermenêutica.
Klein e Oliveira, 2017	O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Nasf.	Analisar a concepção e a prática do matriciamento realizadas por psicólogos de Nasf.	15 psicólogos de eNasf de São Paulo (SP).	Entrevista semiestruturada.	Análise Temática.
Arce e Teixeira, 2018	Atividades Desenvolvidas por Profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Revisão da Literatura.	Sintetizar as características da produção científica brasileira acerca das atividades desempenhadas pelos profissionais dos Nasf.	44 artigos foram selecionados.	Publicações das bases científicas Scielo e Lilacas no período de 2008 e 2015.	Revisão de literatura.

Orué et al., 2018	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura.	Analisar a produção de conhecimento acerca do Nasf-AB.	62 estudos foram selecionados.	Publicações das bases científicas Lilacs e Pubmed, no período de 2008 a 2018.	Revisão integrativa.
Santos, 2018	Nasf no Brasil: uma análise a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Analisar a Organização e a prática profissional do Nasf no Brasil, com base nos dados coletados no segundo ciclo do PMAQ-AB (2013-2014).	1.773 equipes Nasf de todo o Brasil.	Informações públicas oriundas do Departamento de Atenção Básica e disponíveis no site governamental: PMAQ-AB (2013-2014)	Aplicação de testes estatísticos no Programa Estatístico SPSS versão 22.0. Os dados foram analisados a partir da frequência ("n" ou valor absoluto) e percentuais de ocorrência (%) em relação ao total.
Nascimento et al, 2018	Configurações do processo de trabalho em Nasf e o cuidado integral.	Sintetizar as configurações de Nasf em três municípios de Recife.	Profissionais de eNasf de três municípios do estado de Pernambuco.	Grupo Focal.	Análise de Conteúdo.
Brocado et al., 2018	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados da PMAQ -AB.	Analisar o trabalho do Nasf no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes Nasf e ESF.	1.774 equipes Nasf de todo o Brasil.	Informações públicas oriundas do Departamento de Atenção Básica e disponíveis no site governamental: PMAQ-AB (2013-2014)	Estatística descritiva e aplicação de testes estatístico no Programa Estatístico SPSS versão 20.
Barros et al., 2019	Saúde Mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde.	Analisar percepções da equipe de profissionais da ESF sobre o processo saúde-doença mental e identificar ações de saúde desenvolvidas para pessoas com transtorno mental.	99 profissionais de eESF de quatro UBS de São Paulo (SP).	Entrevista semiestruturada.	Análise de Conteúdo.

Alvarez, Vieira e Almeida , 2019	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica.	Analisar artigos científicos publicados na área da saúde, investigando os principais desafios para o trabalho, considerando a relação saúde mental - atenção básica.	21 artigos foram selecionados.	Publicações das bases científicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo), no período entre 01/01/2013 e 13/03/2018.	Revisão bibliográfica.
Nascimento e Cordeiro , 2019	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho.	Analisar o processo de trabalho de uma eNasf em um município de Pernambuco.	Uma equipe Nasf de um município de Pernambuco, composta por sete profissionais.	Grupo Focal e Mapas Analíticos.	Discurso do Sujeito Coletivo.
Seus e Oliveira, 2019	Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Nasf: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013.	Descrever a estrutura das equipes dos Nasf no Brasil em 2013 (espaços físicos, formação recebida, educação permanente).	eNasf de todo o Brasil.	Informações públicas oriundas do Departamento de Atenção Básica e disponíveis no site governamental: PMAQ-AB (2013-2014)	Os dados foram tabulados pelo pacote estatístico Stata 14.0.
Silva, Silva e Oliveira, 2020	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista.	Avaliar o desenvolvimento de uma equipe do Nasf de Recife/PE.	eNasf de um município de Recife (PE)	Pesquisa documental, grupos focais com 1) eNasf; 2) profissionais eESF e 3) usuários. Entrevistas com gestores envolvidos com o Nasf.	Triade Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR) da avaliação realista.
Lopes, 2020	Percepção dos profissionais Nasf-AB sobre o processo de trabalho, seus avanços e desafios.	Analisar o processo de trabalho do Nasf-AB de uma capital nordestina, a partir da percepção de seus profissionais.	11 profissionais eNasf.	Entrevista semiestruturada e observação de campo.	Análise de conteúdo.

Moreira et al., 2020	Avaliação do trabalho dos Nasf-AB por usuários, segundo os atributos da atenção primária.	Avaliar o trabalho do Nasf-AB, na perspectiva dos usuários, a partir dos atributos da APS abrangente.	44 usuários de seis municípios do Estado da Bahia.	Entrevista semiestruturada e observação.	Análise de Conteúdo Temática.
Muller, Stiller e Silva Jr., 2021	Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do PMAQ-AB.	Analisar os indicadores relacionados à gestão e ao processo de trabalho dos Nasf, nas perspectivas da equipe de AB e do próprio Nasf.	eNasf de todo o Brasil.	Informações públicas oriundas do Departamento de Atenção Básica e disponíveis no site governamental: PMAQ-AB (2013-2014 e 2015-2018).	Os dados obtidos foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 e apresentados em frequências absolutas (n) e relativas (%).
Santos, Penido e Ferreira Neto, 2022	A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Nasf-AB.	Analisar a dimensão técnico-pedagógica no Nasf-AB, em um município de Belo Horizonte (MG).	6 equipes de Saúde da Família.	Observações de 6 eSF e 3 grupos de reflexão com os profissionais.	Análise Temática.
Guimarães et al., 2023	Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais.	Identificar e analisar, na percepção de profissionais de Nasf, de municípios de MG, sobre as dificuldades na construção de uma política de SM na AB.	11 profissionais de Saúde Mental de eNasf da Macrorregião de Saúde Oeste de Minas Gerais.	Entrevista semiestruturada.	Análise de Conteúdo.

Silva et al., 2023	Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica.	Analisar a atuação dos Nasf-AB em três municípios pertencentes à macrorregião de saúde de Sobral (CE), na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress.	16 profissionais de equipe de Saúde da Família e 19 de equipe Nasf.	Estudo de casos múltiplos, com dados documentais, observação estruturada e grupos focais realizados no período de 2016 a 2017.	Dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress.
Magalhães et al., 2024	Assistência à Saúde Mental no Nasf na perspectiva de seus profissionais, gestores e usuários.	Avaliar a perspectiva de profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o cuidado em saúde mental no Nasf-AB em Fortaleza (Ceará, Brasil).	42 participantes (profissionais de saúde, gestores e usuários).	Observações e entrevista semiestruturada.	Interpretação dos dados por meio do software IRaMuTeQ, com uso complementar da análise de conteúdo.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)