



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Psicologia - IP

Departamento de Psicologia Clínica - PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG-PsiCC

**A interprofissionalidade no cuidado em saúde mental: perspectivas das equipes  
multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)**

Letícia de Amorim Mota Coelho

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos

Brasília, 2025

Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Psicologia - IP  
Departamento de Psicologia Clínica - PCL  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG-PsiCC

**A interprofissionalidade no cuidado em saúde mental: perspectivas das equipes  
multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)**

Letícia de Amorim Mota Coelho

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de mestre.

Brasília, 2025

Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Psicologia - IP  
Departamento de Psicologia Clínica - PCL  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG-PsiCC

**A interprofissionalidade no cuidado em saúde mental: perspectivas das equipes  
multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)**

Letícia de Amorim Mota Coelho

**BANCA EXAMINADORA**

---

Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos (Universidade de Brasília)  
Presidenta

---

Dais Gonçalves Rocha (Universidade de Brasília)  
Membra Titular Interna

---

Kíssila Teixeira Mendes (Universidade do Distrito Federal)  
Membra Titular Externa

---

Pedro Henrique Antunes da Costa (Universidade de Brasília)  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

Não seria possível chegar até aqui se não fossem tantos olhares coletivos e, gentilmente, aguerridos para a construção desta dissertação. Há uma linda música cantada por Sued Nunes, denominada Povoada, que exemplifica este processo: “Sou uma, mas não sou só”. Esta pesquisa é resultado de múltiplas parcerias que, ao longo da minha trajetória, foram se aproximando e fazendo diferença no desenvolvimento e na escrita deste projeto. Aqui será uma tentativa de expressar os meus agradecimentos às pessoas que caminham comigo através do tempo, cada uma à sua maneira.

À Silvia Lordello, minha orientadora e parceira de trabalho, de pesquisa e de sonhos revolucionários. Nossa história começou há anos, ainda na graduação. Colecionamos, desde então, aspirações transformadoras e momentos especiais de muitas trocas, parcerias e muitos aprendizados. Muito obrigada por ser esta profissional e educadora tão potente! Agradeço pelo caminhar conjunto e tão cheio de afetos durante todos esses anos. Você é uma grande inspiração.

Aos meus familiares - meus avós, minha mãe, meu pai e meus irmãos (Ygor, Yara, Lucas, Thiago e Bruna) - que mesmo sem compreender muito bem minhas escolhas, sempre me apoiaram e ofereceram diversas formas de suporte para eu conseguir finalizar esta etapa. Vocês abriram caminhos para que eu pudesse estar aqui hoje.

Aos meus companheiros de mestrado, Sara e João. Tive a sorte grande de reencontrar a Sara e de me aproximar do João nestes últimos dois anos. Em nossas trocas, que em muitos momentos foram quase que diárias, a presença de vocês representou acolhimento e força para seguir em diante. Fico muito orgulhosa em partilhar essa trilha com vocês!

Às minhas amigas, Aline e Gabriela. As palavras escapam e impedem de dimensionar o tamanho da minha admiração por vocês duas. Assistentes sociais que me apresentaram a importância de ter um horizonte e um projeto político revolucionário.

Às minhas amigas e aos meus amigos que me acompanham ao longo desta vida: desde a infância, a escola, a UnB e as residências. Vocês estiveram presentes em tantas etapas importantes, e não foi diferente durante o mestrado. Sou muito grata pela amizade de vocês!

Às pessoas que concretizam diariamente o significado de família para além dos laços sanguíneos (Edleuza, Caroline, Karen, Pedro, Andreza e Mariane).

Ao grupo de pesquisa Saúde Mental e Militância da Universidade de Brasília. Vocês fazem revolução dentro (e principalmente fora) da UnB. Muito obrigada por terem me dado a chance de compartilhar aspirações de luta com vocês.

Às alunas dos projetos de Iniciação Científica com foco em Interprofissionalidade nas Políticas Públicas da Universidade de Brasília. As ideias iniciais desta dissertação foram compostas em meio aos nossos encontros e estudos sobre interprofissionalidade. Sou muito grata por ter caminhado com vocês nesses últimos anos.

Ao grupo de pesquisa Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde da Universidade de Brasília. Tive o privilégio de ter ao meu lado parceiras de pesquisa comprometidas em fortalecer o SUS. Ana Lúcia, Ana Luísa, Alicy e Júlia, vocês foram fundamentais para a composição desta dissertação. Muito obrigada por toparem entrar neste desafio junto comigo!

Aos professores que qualificaram este estudo, Pedro Costa e Inês Gandolfo. O direcionamento cuidadoso e crítico de vocês foi essencial para a reconstrução deste trabalho.

Às professoras e ao professor que compõem a banca examinadora da defesa desta dissertação - Kíssila Teixeira Mendes, Dais Gonçalves Rocha e Pedro Costa. Sou muito agradecida por vocês terem aceitado compartilhar ensinamentos e conhecimentos sobre o tema. Vocês são referências e foram inspirações para a construção deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa que financiou essa pesquisa.

Às profissionais do SUS que, solidariamente, me receberam em suas unidades de saúde para compartilhar sobre o trabalho imensamente potente que realizam. Ainda bem que vocês existem e fortalecem diariamente o SUS!

À Carina que, além de enfrentar o desafio de algumas pontes aéreas durante o percurso do mestrado, estive em incontáveis chamadas de vídeo me lembrando as inúmeras formas de estar presente. Com você eu sei que tenho para onde ir e para onde voltar.

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) evidencia-se como um dos principais meios para a instrumentalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser coordenadora do cuidado e porta de entrada prioritária no SUS. A APS se revela como um nível de atenção que se materializa a partir do território. O contato dos profissionais com as famílias e as comunidades desvenda demandas que fazem parte do terreno social, como a saúde mental. As equipes multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) constituem-se de estratégias fundamentais para a construção do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ancoradas por práticas interprofissionais que formam a base de suas propostas. Diante disso, essa dissertação tem como objetivo analisar como o cuidado em saúde mental tem se operacionalizado pelas eMultis a partir de uma perspectiva interprofissional. A presente dissertação é composta por três manuscritos: estudo teórico, de caráter ensaístico; revisão integrativa de literatura e pesquisa de campo por meio de grupos focais com cinco equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde de uma Região de Saúde do Distrito Federal. Nesta, foram entrevistadas 23 profissionais que compõem o cenário de profissionais das cinco eMultis. Os resultados foram analisados seguindo os pressupostos da Análise Temática (AT) de Braun e Clarke, a partir de uma perspectiva indutiva. Os dados são apresentados em quatro temas: 1) o cuidado interprofissional em saúde mental; 2) saúde mental no território da APS; 3) a precarização da RAPS e; 4) o compromisso ético-político da eMulti com os territórios. Aponta-se que as profissionais das eMultis entrevistadas representam a ampliação do SUS, tendo em vista que contribuem para o cuidado em saúde mental ser operacionalizado a partir da ótica interprofissional e da atenção psicossocial. Esta dissertação evidenciou que, mesmo em um cenário marcado por intensas contradições, as eMultis mobilizam *práxis* transformadoras em saúde mental por meio de ações interprofissionais.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Relações Interprofissionais.

## **ABSTRACT**

Primary Health Care stands out as one of the main means for implementing the principles of the Unified Health System, serving as a coordinator of care and the primary entry point to the Unified Health System. Primary Health Care emerges as a level of care that materializes through the territory. The interaction between professionals, families, and communities uncovers demands rooted in the social context, such as mental health. Multidisciplinary teams in Primary Health Care are fundamental strategies for building psychosocial care in mental health, anchored in interprofessional practices that form the basis of their proposals. In this context, this dissertation aims to understand how mental health care is operationalized by multidisciplinary teams from an interprofessional perspective. The dissertation comprises three manuscripts: a theoretical, essay-based study; an integrative literature review; and field research conducted through focus groups with five multidisciplinary teams in Primary Health Care from a Health Region in the Federal District. The study involved interviews with 23 professionals working within the five multidisciplinary teams. The results were analyzed using the thematic analysis (TA) approach proposed by Braun and Clarke, following an inductive perspective. The data are presented across four themes: 1) interprofessional care in mental health; 2) mental health within the Primary Health Care territory; 3) the precariousness of the Psychosocial Care Network; and 4) the ethical-political commitment of multidisciplinary teams to their territories. The findings indicate that the interviewed multidisciplinary teams represent an expansion of the SUS, as they contribute to operationalizing mental health care through an interprofessional and psychosocial care lens, even though this is still done with certain limitations. This dissertation highlighted that, even in a scenario marked by intense contradictions, multidisciplinary teams mobilize transformative praxis in mental health through interprofessional actions.

**Keywords:** Primary Health Care; Mental Health; Interprofessional Relations.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVAS	Agente de Vigilância Ambiental
AT	Análise Temática
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Atenção Secundária
BM	Banco Mundial
CT NASF-AB	Câmara Técnica dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEI	Centro de Educação Infantil
CEP/FEPECS	Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CT	Comunidades Terapêuticas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Contrarreforma Psiquiátrica
DF	Distrito Federal
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde

ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eMulti	Equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de saúde bucal
eSF	Equipe de saúde da família
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
IPEDF	Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal
LA	Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PPP	Parceiras Público-Privadas
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PDPIS	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC-SUS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RA	Região Administrativa
SRS	Superintendência de Região de Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SE	Semana Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância à Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do processo de seleção dos artigos.....	62
<b>Tabela 1</b> - Características dos estudos: autores, data de publicação, área de estudo, abordagem da pesquisa e cenário de saúde.....	63
<b>Figura 2</b> - Mapa Mental do desenvolvimento dos temas segundo a Análise Temática.....	107

## SUMÁRIO

<b>Apresentação da Dissertação .....</b>	<b>16</b>
<b>Manuscrito 1: Os desafios da Atenção Primária à Saúde e suas interlocuções com a Saúde Mental no cenário brasileiro: um ensaio teórico .....</b>	<b>20</b>
Introdução.....	20
Breve histórico da política de saúde do Brasil .....	21
APS no contexto brasileiro: terreno de disputa e de contradições .....	25
As (nem tão) atuais discontinuidades provocadas pelo projeto neoliberal na APS brasileira .....	30
Saúde Mental na APS: interlocuções possíveis? .....	35
É tempo de ousar: horizonte ético-político no campo da APS e da Saúde Mental .....	42
Referências .....	45
<b>Manuscrito 2: Intervenções psicossociais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa.....</b>	<b>55</b>
Introdução.....	55
Saúde Mental na APS como direito: Cuidado em Rede e em Território.....	56
Método .....	59
<i>Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos .....</i>	<i>61</i>
Resultados e Discussão .....	61
Caracterização dos estudos .....	62
<i>Tabela 1. Características dos estudos: autores, data de publicação, área de estudo, abordagem da pesquisa e cenário de saúde. ....</i>	<i>62</i>
Intervenções psicossociais em saúde mental identificadas na APS .....	65
Potencialidades Encontradas .....	76
<i>Apoio Matricial como estratégia central para o cuidado em saúde mental na APS....</i>	<i>76</i>
<i>Educação Permanente em Saúde: construindo territórios de cuidado psicossocial....</i>	<i>78</i>
<i>A cogestão do cuidado em saúde mental a partir da APS.....</i>	<i>80</i>
Barreiras Identificadas .....	82
Considerações finais.....	87
Referências .....	88
<b>Manuscrito 3 - Saúde Mental e Equipes Multiprofissionais: Conhecendo os caminhos interprofissionais na APS .....</b>	<b>98</b>
Introdução.....	98

Método .....	103
Resultados e discussão .....	105
Caracterização da amostra .....	105
Análise Temática .....	106
<i>“A gente se coloca como profissional da saúde e não como profissional específico”</i> : o cuidado interprofissional em saúde mental .....	107
<i>“Tudo o que é feito enquanto eMulti envolve o cuidado em saúde mental”</i> : saúde mental no território da APS .....	119
<i>“Só a gente sabe como que tá sendo para dar conta”</i> : as repercussões da precarização da Rede de Atenção Psicossocial .....	141
<i>“A gente tá muito no território”</i> : o compromisso ético-político da eMulti com os territórios.....	154
Considerações finais.....	159
Referências .....	161
<b>Considerações Finais da Dissertação</b> .....	170
ANEXO 1- Perguntas norteadoras para o Grupo Focal.....	176
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	177
ANEXO 3 – Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz .....	179

“A escrita, portanto, não é neutra;  
nela também há as marcas de  
quem a faz e é feito por ela.”  
Geni Nuñez

## **Apresentação da Dissertação**

As inquietações provocadas por essa dissertação surgem no meu contexto de graduação do curso de psicologia, na Universidade de Brasília (UnB), quando percebi que era no caminho do psicossocial que o estudo, a prática e a pesquisa poderiam ter lugares de incidência transformadora. A primeira disciplina que fiz no trajeto do psicossocial, chamada de Psicologia da Saúde, a experiência de estágio no Ministério dos Direitos Humanos com a população em situação de rua e a possibilidade de participar, como aluna extensionista, de um projeto em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal me apresentaram e me conectaram a uma psicologia diferente daquela que hegemonicamente tem espaço e é difundida.

Nos suspiros finais do meu tempo de graduação e com a preocupação de dar continuidade aos estudos psicossociais, conheci o Programa de Residência Multiprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). No início de 2019, passei no processo seletivo e ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto. Foram dois anos atravessando e sendo atravessada pela saúde mental do DF. Foram dois anos de intenso contato com outras categorias profissionais, planejando e conduzindo o cuidado em saúde mental de forma compartilhada nos serviços de saúde de base territorial e em liberdade. Ao longo desse período, fui me forjando profissional da saúde por meio das relações interprofissionais, da militância e da construção coletiva em defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) público e estatal e da Luta Antimanicomial (LA).

Nestes encontros, a interprofissionalidade em saúde mental se concretizou nas reuniões de equipes, nas visitas domiciliares, nas discussões de caso com outros equipamentos no território e nas intervenções coletivas e grupais. Para mim, houve um rompimento do lugar hegemônico ocupado pela psicologia nas ações em saúde mental e uma abertura para uma rede complexa e interligada de saberes, inclusive valorizando o



protagonismo dos usuários e de seus familiares. Algumas contradições também foram evidenciadas nestes espaços. A prevalência do modelo biomédico nos acompanhamentos, a psicologização das desigualdades e das vulnerabilidades sociais e os desalinhamentos entre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros parceiros são alguns exemplos emblemáticos que dificultaram e precarizaram o cuidado em saúde mental a partir da atenção psicossocial.

Com o desejo de buscar mais aspectos na realidade fui para uma segunda residência. Agora, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade também na ESCS. Por mais dois anos, o encontro com a Atenção Primária à Saúde (APS), campo de aproximação e de estudo desta pesquisa, me oportunizou (re)conhecer e vivenciar a capilarização do SUS e o cuidado em saúde mental no território a partir da perspectiva sociocomunitária. Os arranjos interventivos próprios da APS, especialmente o vínculo com comunidade e as ações coletivas e longitudinais nos diferentes ciclos de vida e em diferentes grupos sociais e étnicos, se apresentaram como fortes e potentes estratégias para o fortalecimento e para a defesa da Luta Antimanicomial e da atenção psicossocial.

Fui residente, trabalhadora e defensora da importância e do compromisso ético-político das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). A existência das eMulti nos territórios simboliza um dos principais instrumentos de viabilização do cuidado em saúde mental interprofissional e intersetorial. Os tensionamentos propostos pelas eMultis na condução compartilhada das intervenções psicossociais possibilitam um redirecionamento do histórico modelo de saúde biomédico no país para uma proposta de assistência em saúde de base territorial e dialogada com outras políticas públicas.

A partir destas experiências que fazem parte da minha construção enquanto trabalhadora e pesquisadora, esta dissertação se concretiza pelo desejo de se aprofundar e de conhecer como o cuidado em saúde mental tem se operacionalizado a partir de uma

perspectiva interprofissional, que é considerada nas políticas e normativas como a base de sustentação ética, política e histórica das eMultis. Sem pretensões de romantizar ou de esconder as contradições que se revelam nos cenários da APS no Brasil e, em especial, no DF, torna-se fundamental compreender as particularidades dos movimentos protagonizados coletivamente por estas equipes no âmbito da saúde mental.

A relevância e justificativa desta pesquisa de mestrado consiste em contribuir para o reconhecimento da Atenção Primária à Saúde como nível de atenção propício para o cuidado em saúde mental a partir da atenção psicossocial. Ainda, o estudo é relevante na medida em que se propõe a reforçar a importância da APS na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e no fortalecimento da produção de saúde mental em liberdade.

Esta dissertação está organizada em três estudos, que serão apresentados na forma de manuscritos. O primeiro é um estudo teórico, de caráter ensaístico, que busca de forma introdutória refletir criticamente sobre as interlocuções entre a APS e a saúde mental a partir da realidade brasileira. Este estudo tem como ponto de partida o diálogo entre as principais expressões e contradições da atual conjuntura política e social no campo da saúde e da luta antimanicomial. Os apontamentos teóricos-reflexivos trazidos neste primeiro estudo expressam e abrem portas para uma tonalidade crítica que será seguida ao longo de toda a dissertação.

A partir dos horizontes ético-políticos discutidos e apontados no primeiro manuscrito, foi percebida a importância de conhecer como as contribuições científicas têm abordado a temática da saúde mental na APS, especialmente por meio das intervenções desempenhadas neste nível de atenção. Dessa forma, o segundo estudo apresenta uma revisão integrativa de literatura que objetivou identificar quais intervenções estão sendo desenvolvidas para o manejo das questões de saúde mental na APS em uma perspectiva psicossocial. O estudo

localiza-se no contexto da América Latina, tendo em vista as especificidades da formação social deste território.

Os resultados dessa revisão de literatura destacaram a necessidade de investigações práticas serem conduzidas para compreender as especificidades da interlocução entre interprofissionalidade e saúde mental na APS. Isso foi assumido nessa pesquisa. O último estudo é empírico, de caráter exploratório-descritivo e com natureza qualitativa, conduzido nos serviços da Atenção Primária à Saúde no contexto do Distrito Federal. A pesquisa de campo foi realizada por meio de grupos focais com cinco equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde de uma Região de Saúde (SRS) do DF, com o intuito de compreender de qual forma ocorre a interprofissionalidade no cuidado em saúde mental. Ao final, foi realizada uma síntese da dissertação articulando os principais achados na relação entre os três estudos apresentados.

Espera-se que os dados e as análises construídas nesta dissertação fortaleçam o reconhecimento das eMultis como articuladoras do cuidado interprofissional em saúde mental no território em conjunto com outros atores da rede intra e intersetorial. Entendendo os limites e os contornos desta pesquisa, acredita-se que as informações apresentadas sejam um convite, com aspecto pedagógico e dialógico, para que as e os profissionais se sintam provocados a problematizar suas práticas a fim de torná-las transformadoras.

## **Manuscrito 1: Os desafios da Atenção Primária à Saúde e suas interlocuções com a Saúde Mental no cenário brasileiro: um ensaio teórico**

### **Introdução**

O presente trabalho trata-se de um estudo teórico, de caráter ensaístico, que busca refletir criticamente as interlocuções entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Saúde Mental a partir da realidade brasileira. O ensaio-teórico configura-se em uma produção acadêmica que se propõe a compreender a realidade a partir de uma postura reflexiva e interpretativa (Meneghetti, 2011). Para a condução desta análise crítica, inicialmente, será apresentado um breve panorama histórico da constituição da política de saúde no país e suas articulações com a formação social brasileira propondo-se a fornecer elementos materiais para a compreensão da atual dinâmica social.

Posteriormente, o estudo será norteado por debate teórico-conceitual no âmbito da APS e suas interseções com a saúde mental, apresentando as principais discontinuidades e desmontes das políticas de saúde nos últimos anos. Ressalta-se que as concepções sobre saúde mental não são consensuais, tendo em vista que apresentam contradições e disputas entre discursos. Neste trabalho, a saúde mental será compreendida à luz das relações históricas, sociais e estruturais que perpassam os grupos sociais em detrimento da perspectiva individualizante, psicopatologizante e funcionalista (Costa & Mendes, 2021a). Em uma síntese final, sugere-se alguns horizontes éticos-políticos para a construção do cuidado em saúde mental na APS a partir da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da luta antimanicomial como um movimento popular que tem como a sua maior denúncia os mecanismos de controle, exploração e violência que coexistem nas estruturas manicomiais (Rosa, 2019).

## **Breve histórico da política de saúde do Brasil**

Compreende-se que a dinâmica histórica dos fatos não se apresenta de forma puramente cronológica, mas como um movimento complexo de disputas permanentes, não lineares, intrinsecamente ligado à sociedade capitalista. Dessa maneira, as discussões trazidas neste tópico, embora mencionem algumas datas e marcos importantes da história da política de saúde brasileira, adotam essa abordagem dialética, buscando compreender as relações e contradições que permeiam esse processo.

O entendimento da saúde pública brasileira se constitui na raiz da própria formação social do Brasil, que se apresenta a partir de relações coloniais e do racismo. A colonialidade, circunscrita a um projeto de base capitalista, produziu (e ainda reproduz) diferentes formas de expropriar e subalternizar grupos (Gonçalves et al., 2019). O apagamento histórico dos povos originários no território brasileiro, a escravização de pessoas negras e as péssimas condições de salubridade em que eram submetidas são expressões desta matriz colonial e racista que incidiram diretamente em proposições de ações de saúde (Barboza & Rêgo, 2020).

O cenário da assistência à saúde foi se desdobrando à medida em que os interesses econômicos, políticos e de mercado foram se fortalecendo no país. No período colonial, os grupos mais vulnerabilizados possuíam um precário acesso aos poucos espaços que o país apresentava de cuidados em saúde. Recorriam, então, às práticas espirituais, como curandeiras, e, posteriormente, a lugares de caráter assistencialista/caritativo, como as Santas Casas de Misericórdia (Baptista, 2007).

A época republicana no Brasil foi representada por um regime de capitalização para o financiamento das indústrias e pela assistência médica segundo uma lógica privatista. Neste cenário, os serviços de saúde eram acessados apenas por uma determinada parcela da sociedade: os trabalhadores que contribuía para a Previdência Social (Silvia, 2021). As ações de saúde pública de cunho sanitarista, como por exemplo iniciativas para controlar epidemias e endemias nas comunidades, tornaram-se esvaziadas e pavimentaram o

fortalecimento do modelo médico-assistencial privatista, restrito aos trabalhadores formalmente inseridos em setores da economia. O desenvolvimento dessas ações em saúde no seio das instituições previdenciárias servia como instrumento para garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho (Júnior & Júnior, 2006). Houve um massivo investimento na área da atenção terciária, propondo a construção de hospitais e o fomento às lógicas da medicalização e das especialidades para o cuidado em saúde (Bravo, 2006).

Durante a ditadura militar, a perspectiva da mercantilização da saúde, as restrições de acesso às informações, o controle e o afastamento da classe trabalhadora dos espaços de decisão compuseram a conjuntura de grande sucateamento nos investimentos da saúde pública (Paiva & Teixeira, 2014). Houve uma ênfase em ações médicas curativas, individuais, especializadas e em articulação com os interesses do capital internacional, especialmente por meio do fomento às indústrias farmacêuticas (Bravo, 2006). Tais tendências produziram poucas respostas efetivas às reais necessidades de saúde da população brasileira, tendo em vista que se operava um quadro de aprofundamento das desigualdades sociais, de baixa expectativa de vida, de altas taxas de mortalidade infantil e de um cenário crítico de fome e de extrema pobreza (Yamamoto & Oliveira, 2010).

À medida que as contradições e o processo de esgotamento econômico se tornaram evidentes, a sociedade angariou espaço e luta por mudanças políticas (Mendes et al., 2011). No âmbito da saúde, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) apresentou-se como um dos principais sujeitos coletivos que luta, desde 1970, pela defesa da democratização da saúde (Paim, 2008). De acordo com o autor, o movimento sanitário se mobilizou diante da crise da política de saúde no contexto brasileiro expressa, sobretudo, pela baixa eficácia e cobertura dos serviços em função das necessidades dos brasileiros. Esse cenário foi assinalado por críticas ao modelo médico hegemônico predominante nas ações de saúde.

Composto por diversos atores sociais, esse movimento teve seu marco e sua consolidação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. As propostas da Reforma Sanitária tiveram como principal conquista o direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o período da redemocratização brasileira (Bravo & Matos, 2004). É inegável que o SUS representa um dos maiores alcances das lutas populares no campo das políticas públicas. A proposta de uma saúde pública emancipatória, com acesso universal, descentralizada, com controle social e financiada com recursos públicos concretiza a possibilidade de expandir os direitos sociais no país, tendo em vista o histórico de negação aos direitos sociais às classes subalternas (Bravo & Menezes, 2022).

A década de 1990, período de estabelecimento das Leis Orgânicas de Saúde (n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90), situa-se em uma intensa crise econômica mundial que intensificou e ampliou o desenvolvimento das agendas neoliberais, acirrando projetos políticos de saúde com proposições e interesses distintos (Bravo et al., 2018). O primeiro projeto descrito é delineado pelos preceitos da Reforma Sanitária e baseia-se no fortalecimento dos princípios dos SUS e da saúde como direito social, e na defesa da concepção ampliada de saúde e do modo de organizar o cuidado a partir da ótica da determinação social. O referencial teórico da determinação social compreende que os processos de saúde e de adoecimento são forjados em meio ao contexto histórico, social e ao modo de produção capitalista (Albuquerque & Silva, 2014).

Em contraponto, segundo as autoras, há a segunda proposta que se ancora na lógica de mercado neoliberal e que orienta os cuidados de saúde como fontes de lucro. Esta perspectiva parte da premissa da contrarreforma do Estado que apresenta como estratégia central a privatização dos serviços de caráter público e universal expressos, sobretudo, por meio de Parceiras Público-Privadas (PPPs), Organizações Sociais (OSs), e Organizações da Sociedade

Civil de Interesse Público (OSCIPS) (Campos, 2007; Silva, 2021). A lógica privatista tem se organizado e se legitimado em torno dos segmentos empresariais e com o intuito de reorganizar o SUS de acordo com as convicções do sistema capitalista e livre à iniciativa privada.

Outro contorno presente nestas disputas diz respeito ao terceiro projeto da Reforma Sanitária flexibilizada que se estrutura por meio da reconfiguração do Estado brasileiro e do progressivo desmonte das políticas públicas. Neste contexto, o “SUS possível”, marca dos governos petistas, traduz uma série de reorganizações institucionais que deram continuidade às políticas focalizadas e que pouco avançaram da democratização do acesso à saúde, o que acaba por abandonar e rebaixar os princípios importantes da Reforma Sanitária (Bravo & Pelaez, 2020).

Em 2016, com o golpe institucional orquestrado para destituir Dilma Rousseff do cargo de presidenta da república, observa-se um nítido avanço de ataques aos direitos da classe trabalhadora e a implementação de agendas socialmente regressivas (Farias et al., 2022). Com o governo de Michel Temer, houve um impulsionamento do projeto privatista a partir do enfoque do SUS totalmente submetido ao mercado por meio do congelamento de recursos orçamentários e da proposição de planos de saúde acessíveis. Como resultado, não foi mais preciso destruir o SUS, foi necessário torná-lo funcional ao capital por meio de modelos de gestão que incorpore os interesses de lucro dos grupos privados (Bravo et al., 2018).

Esse cenário de conflitos permanentes propicia contornos significativos nos movimentos e mudanças na política de saúde do Brasil (Mendes et al., 2011). A APS, como uma política que materializa os princípios do SUS e o modo de organização da saúde no país, não está isenta e se inscreve nessa conjuntura, sendo necessária uma análise das suas particularidades históricas e as atuais manifestações.



## **APS no contexto brasileiro: terreno de disputa e de contradições**

Ao longo do desenvolvimento da política de saúde no Brasil, observou-se a existência de diversas iniciativas, nos estados e nos municípios, para organizar as ações de saúde a partir da realidade e das necessidades locais. As primeiras experiências de Medicina Comunitária, na década de 1970, com apoio de algumas universidades, são exemplos do início do desenvolvimento da APS no país (Lavras, 2011). No entanto, essas proposições não foram suficientes para estruturar a APS como parte do modelo de organização da saúde, tendo em vista que se constituíram de ações pontuais em algumas cidades brasileiras e em uma conjuntura que ainda não apresentava normatizações, financiamentos e políticas para a sua elaboração.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, ponto histórico central para a estruturação da APS no contexto nacional e internacional, provocou a necessidade da comunidade mundial em proteger e promover a saúde de todos os povos. Além disso, convocou os países a reformularem suas estratégias de ação para implementar a APS como base organizativa dos sistemas de saúde, sob o prisma de uma atenção integral e com um ideário amplo de saúde como direito universal (Giovanella et al., 2019). Esta declaração denunciou também as inúmeras desigualdades sociais existentes no âmbito da saúde que são sustentadas, principalmente, pelo modelo médico hegemônico no bojo do sistema capitalista.

Em conformidade com desdobramentos do movimento sanitário e dos marcos internacionais, a partir do início da década de 1990, é possível observar uma maior estruturação das ações de cuidado voltadas às pessoas em seu território geográfico, cultural, social e histórico e em consonância com as necessidades de saúde da comunidade pelas cidades brasileiras. Em 1994, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) apresentou uma avaliação positiva no que se refere aos impactos no cuidado em saúde, especialmente em ações integradas à comunidade e voltadas para as necessidades das famílias (Lavras, 2011). Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) considerou o PACS como um

delineamento transitório para desenvolver um programa que traduzisse ainda mais a capilaridade do SUS. O Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser compreendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir do cuidado familiar e comunitário (Melo et al., 2018).

O Caderno de Atenção Básica - Caderno 1, produzido na década de 2000, expressa os esforços do governo federal em intensificar o processo de adesão dos estados e dos municípios ao modelo do PSF, com a proposta de reestruturar os serviços de saúde por meio da APS e o padrão de assistência de acordo com os princípios do SUS. Nestes escritos, são evidenciados os embates entre os modelos de saúde, caracterizando a proposta do PSF em romper com a lógica biomédica que, historicamente, conduziu o setor saúde para a individualização e fragmentação das demandas.

Além disso, é possível observar uma preocupação e uma tonalidade diferente do papel dos profissionais de saúde. Os diversos trabalhadores são convocados a exercer uma nova prática: dialogada com os territórios e com os contextos familiares e comunitários, e democrática no sentido de fortalecer a participação social. Termos como “intersectorialidade”, “interdisciplinaridade”, “implantação de um novo modelo de saúde” descritos no documento reafirmam os objetivos deste programa (Brasil, 2000).

Considerando a necessidade de adequação de suas normas, o PSF foi transformado em uma estratégia de abrangência nacional por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em sua primeira versão pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Esta política materializou e ampliou o conceito de APS, além de oferecer base de sustentação para organizar os equipamentos de saúde e os recursos orçamentários por meio dos seus principais atributos (Melo et al., 2018).

Entre tantos ganhos com a PNAB, destaca-se que a incorporação do conceito de território de forma explícita à estrutura da APS foi um marco central e que redefiniu a

proposta de cuidado neste nível de atenção. O território passa a ser compreendido para além das estruturas geográficas, sendo conformado também por dinâmicas históricas, culturais e identitárias das pessoas e das famílias que compõem estes espaços dinâmicos e relacionais (Dimenstein et al., 2017). O sentido de comunidade também é retratado nessa política, especialmente trazendo destaque para a importância da participação coletiva na construção e na efetivação da PNAB. Ainda, o termo ganha espaço no documento ao se referir a diferentes formações e possibilidades de comunidades, tais como as ribeirinhas, os quilombolas, as rurais e urbanas. Assume-se, portanto, que as comunidades se configuram de espaços relacionais inseridos em um contexto histórico que apresentam identidades que resgatam o sentido da luta e da transformação social (Santos & Passos, 2024).

Apesar da organicidade institucional provocadas pela PNAB, ressaltando a relevância da ESF em materializar o direito à saúde para famílias e comunidades, é necessário evidenciar que a realidade é contraditória. Dessa forma, em meio ao fortalecimento de uma política que preconiza ações de saúde no território e com foco na longitudinalidade e na participação comunitária, também estão sendo discutidos, no âmbito nacional e internacional, formatos de organização dos sistemas de saúde que podem representar inflexões nesta área (Giovanella et al., 2018).

Segundo as autoras, essas configurações podem ser visualizadas sob dois prismas: a cobertura universal e a perspectiva dos sistemas universais/ universalidade. A cobertura universal apresenta a proposta de incentivo do mercado privado na saúde, com a prerrogativa de ampliar o acesso aos serviços por meio da compra de seguros privados. Este projeto, que atende principalmente aos interesses do capital, reduz o papel do Estado, reafirma a saúde como mercadoria e aposta no cuidado fragmentado e com especialismos. Com o setor público insuficiente para atender às demandas de saúde, os argumentos de privatização tornam-se fortalecidos e incidem na concretização da assistência, especialmente na APS. Esse processo

tem se fortalecido por meio de indicadores de produtividade, do rompimento com a proposta da territorialização e da condução de ações mais básicas e seletivas descritas em carteiras de serviços, identificadas por lista de serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades de saúde (Mendes et al., 2022).

Por outro lado, a proposta dos sistemas universais, ou da universalidade, está atrelada à defesa do direito e do acesso aos cuidados de saúde de forma comprometida com a equidade, com a justiça social e com fundamentos da determinação social da saúde (Rosário et al., 2020). Esse modelo tem como objetivo oportunizar a garantia do acesso universal como condição de cidadania, fomentar a integralidade da atenção por meio da lógica interprofissional e intersetorial, e fundamentar as intervenções a partir do que cada comunidade apresenta como demanda de cuidado.

Verifica-se que a concepção de cobertura universal tem sido amplamente difundida por organizações internacionais, como por exemplo o Banco Mundial. Essa difusão é identificada como um dos aspectos que têm ameaçado a consolidação do SUS no Brasil, especialmente pela contínua perda da capacidade gerencial do Estado em detrimento do incentivo de contratos com organizações de cunho privado para realizar a gestão das unidades de saúde (Giovanella et al., 2018).

As Organizações Sociais de Saúde (OSSs) inserem-se neste contexto como modelo de administração gerencialista das ações de saúde e como estratégia para distanciar os equipamentos da política de saúde da exclusividade estatal (Sodré & Bussinguer, 2018). A literatura tem evidenciado que os governos municipais e estaduais encontraram nas OSSs uma possível solução aos inúmeros problemas de gestão identificados. A expansão desta parceria entre o setor público e privado está em pleno curso nas regiões do Brasil, em especial na Região Sudoeste do país (Ramos & de Seta, 2019).

Um exemplo das reverberações da cobertura universal no nível de atenção primária é com relação à concepção e a oferta de serviços da APS. A perspectiva de APS pronunciada e defendida na Declaração de Alma-Ata é abrangente, ou seja, ela apresenta uma função central no sistema de saúde, representa o primeiro nível de contato da população com os serviços e pressupõe que o acesso aos cuidados seja garantido a todas pessoas e famílias da comunidade. Ainda, a Declaração enfatiza a importância de a APS estar em articulação com outros setores e preconiza que as políticas abordem temas que legitimem a redução das desigualdades sociais (Giovanella, 2012).

No entanto, este entendimento da APS abrangente foi criticado por órgãos internacionais, que se beneficiam da lógica do mercado, com a justificativa da proposta ser pouco resolutiva e propositiva. Os Relatórios do Banco Mundial (BM), publicado em 2017 e 2019, simbolizam o que está velado nessas justificativas, tendo em vista que propõem uma concepção de proteção social e de oferta de serviços de saúde mais restritivos e focalizados em populações com maior vulnerabilidade socioeconômica (Mendonça et al., 2023).

Como palco deste terreno de confrontos antagônicos, a atenção primária passa a ser divulgada por meio de uma perspectiva seletiva, focalizada e produtivista que assume a direção oposta do que foi preconizado (Vasconcelos & Schmaller, 2012). Este panorama seletivo da APS refere-se a pacotes ou programas de intervenção de baixo custo e com objetivos restritos que visam assistir grupos populacionais definidos com determinadas necessidades de saúde (Giovanella, 2012). Ainda que esta forma de operacionalizar a APS tenha tido efetividade na condução do cuidado nos territórios, observa-se que há uma ausência em considerar questões políticas e sociais centrais para garantir a melhoria da situação de saúde das populações.

As discussões trazidas neste subtópico evidenciam que esse desmonte progressivo do papel do Estado brasileiro nas políticas públicas, em especial a de saúde, não é um dado

recente. A complexidade de um projeto societário que se ancora na precarização das condições de vida e trabalho, no aumento da concentração de renda e, consequentemente, da desigualdade social, encontra-se sedimentada no país mesmo em períodos de democratização e ascensão da esquerda (Almeida, 2020). No entanto, existem períodos em que a correlação de forças explicita um movimento mais desfavorável para os defensores dos direitos sociais, como nos últimos seis anos na agenda política do país. O próximo tópico visa discutir acerca das repercussões do projeto neoliberal em curso no país e como ele tem se manifestado na APS brasileira.

### **As (nem tão) atuais discontinuidades provocadas pelo projeto neoliberal na APS brasileira**

Denota-se que os enfrentamentos às políticas sociais, em especial a de saúde no âmbito da APS, devem ser compreendidos na totalidade da dinâmica capitalista atual, em que se opera a destituição do direito à saúde por meio de uma nova roupagem de expropriação dos direitos sociais e da saúde (Mendes & Carnut, 2020a).

Com a tomada do governo de forma ilegítima, com o golpe de 2016, por Michel Temer, verifica-se a intensificação de um processo de desmonte das tentativas de construção de um sistema de saúde universal (Bravo et al., 2018). Segundo as autoras, o fomento aos planos de saúde populares, o congelamento de gastos primários por 20 anos por meio da Emenda Constitucional 95/2016, a segunda revisão da PNAB em 2017 e as alterações que ameaçam as conquistas da Luta Antimanicomial no Brasil são exemplos das chamadas propostas de contrarreforma que impactam sobremaneira a APS integral e universal. Nesta seção, considera-se que os atravessamentos da reedição da PNAB e o atual formato de custeio da APS são particularidades importantes a serem problematizadas.

Desde sua publicação, no ano de 2006, a PNAB foi revisada em 2011 e, posteriormente, em 2017. A literatura aponta que na segunda edição, o documento incorporou

importantes programas e estratégias de cuidado para ampliar o acesso e a resolutividade da APS, tais como as equipes de Consultório na Rua (eCR), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (Gomes et al., 2020). Na sua terceira edição, visualiza-se um cenário de agravamento do desfinanciamento do SUS, especialmente quando o governo federal vivencia um golpe de Estado que resulta em uma significativa alteração da composição dos dirigentes do Ministério da Saúde (MS) que fragiliza e distancia as instâncias de participação popular e de controle social, como os Conselhos de Saúde.

A partir das modificações realizadas na PNAB em 2017, é possível identificar diversos elementos que apontam para a descontinuidade das proposições da APS abrangente no cenário brasileiro (Melo et al., 2018). Um primeiro aspecto que vale a pena ser destacado é a indefinição em relação ao quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe de saúde da família (eSF). De acordo com a revisão, o número de ACS será definido a partir do perfil de necessidades epidemiológicas locais. Ainda, a nova PNAB amplia as atribuições dos profissionais priorizando atividades de cunho clínico (Almeida et al., 2018; Brasil, 2017a).

Os ACS representam um elo oportuno entre os serviços de saúde e a comunidade dada a inserção comunitária destes profissionais. Além disso, essa categoria profissional possui um elevado potencial para atuar em desafios sanitários que demandam respostas comunitárias em função da familiaridade com o contexto e da relação próxima que estabelecem com a população (Fernandes et al., 2021), como por exemplo a Covid-19 e a dengue. Esse recuo com relação ao papel dos agentes sinaliza a prevalência da perspectiva biomédica, medicalizadora e voltada para o paradigma da doença na assistência da APS e indica a fragmentação do cuidado comunitário e da atuação no território (Morosini & Fonseca, 2018).

Outro ponto marcante dessas alterações diz respeito ao reconhecimento, por meio de incentivo financeiro, de outra modalidade de equipe denominada por equipe de Atenção

Básica (eAB) que se constitui por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esse formato tradicional de composição prevê uma carga horária mínima de 10 horas semanais entre os trabalhadores contratados. Os ACS são citados como profissionais que poderão compor as equipes, ficando a cargo da gestão local a definição do quantitativo de trabalhadores a serem alocados nas equipes de acordo com características e necessidades do município (Brasil, 2017a).

Observa-se que essa configuração tradicional de equipe simboliza um enfraquecimento do modelo de saúde integral pautado pela interdisciplinaridade e aponta para um rompimento das diretrizes e dos princípios da própria PNAB que se fundamenta no cuidado de base territorial e na orientação comunitária (Melo et al., 2018). Além disso, verifica-se que a modalidade de equipe de Atenção Básica precariza alguns processos de trabalho, uma vez que a carga horária reduzida dos profissionais dificulta a gestão do cuidado adequada que se concretiza por meio de ferramentas essenciais para a APS, como por exemplo reuniões de equipe, espaços reservados para discussão de caso, visitas domiciliares e articulação de rede. Essa redução, ainda, simboliza o fortalecimento das corporações médicas ligadas a diminuição de horas de trabalho no serviço público (Mendes et al., 2022).

Resgata-se também que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), anunciado pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 que atribui a criação de equipes para atuar na lógica do cuidado interprofissional e em apoio às eSF, teve a sua nomenclatura alterada com a PNAB de 2017, sendo renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-ab) (Brasil, 2008; Brasil, 2017a). Pesquisadores da área apontam que a substituição do termo apoio para ampliado anuncia uma possível descaracterização da importância que o dispositivo do apoio matricial possui na concretização da interprofissionalidade no território, isto é, na possibilidade de articular práticas colaborativas entre diferentes conhecimentos e saberes (Ceccim, 2017; Timmermann et al., 2023). Além



disso, as reformulações desta política permitem que o Nasf-ab se vincule às equipes de Atenção Básica, o que se apresenta como uma contradição da proposta inicial do NASF em ampliar a abrangência das ações da APS por meio da ESF.

É possível observar que há um histórico do Ministério da Saúde em fomentar produções que consideram a importância e o lugar ocupado pelo Nasf desde a sua constituição por Portaria em 2008, como por exemplo os Cadernos de Atenção Básica nº27 e nº 39, divulgados em 2010 e 2014 respectivamente (Brasil, 2010; Brasil, 2014). Esses documentos foram orientadores para os trabalhadores, especialmente por elencar ferramentas organizativas para o desenvolvimento das dinâmicas de cuidado com as comunidades, como a Clínica Ampliada, o apoio matricial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

No entanto, em 2017, as pautas do MS ganharam outros delineamentos. A política de saúde convertida à lógica de mercado potencializada no governo Temer ganhou respaldo, continuidade e extrema notoriedade no governo de Jair Bolsonaro. A ascensão desse governo de extrema-direita representou a implementação de agendas sociais regressivas, com espaço para o crescimento do capital privado, e evidenciou a agudização das expressões da questão social, por meio do aumento da violência, da fome e do declínio das condições de vida da população (Almeida, 2020; Costa, 2020). A manutenção da EC/95 e a gestão sanitária pautada na anticiência e na disseminação de desinformação no enfrentamento da pandemia da Covid-19 são marcas que refletem o projeto político de caráter neoliberal das práticas do governo Bolsonaro (Mendes & Carnut, 2020a).

No âmbito da APS não poderia ser diferente, sendo que as modificações do seu modo de financiamento representam uns dos principais impasses neste período (Mitros et al., 2023). Instituído pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, o Programa Previne Brasil estabeleceu uma nova forma de alocação de recursos federais da APS por meio da captação ponderada, do pagamento por desempenho em indicadores selecionados e do incentivo para

ações estratégicas, alterando a lógica de pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) (Brasil, 2019). O PAB foi considerado como uma forma de custeio que respeitava o caráter universal, pois o repasse era determinado pelo número de habitantes do município (Massuda, 2020).

Este novo financiamento, por outro lado, estrutura-se principalmente na lógica de repasses financeiros por cadastramento de pessoas/usuários, isto é, a transferência de recursos torna-se direcionada a uma parte da população. Neste modelo, os municípios receberão repasses financeiros caso apresentem equipes suficientes para conduzir o cadastro das famílias no território, o que pressupõe a dependência de ampliar e habilitar equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica (Mendes et al., 2022). Outro aspecto importante do Previn Brasil é a valorização de atributos ancorados aos interesses de mercado, tais como racionalização das atividades do SUS por meio do uso de ferramentas gerencialistas. Essa proposição acaba por restringir, burocratizar e limitar a assistência à saúde aos indivíduos cadastrados nas unidades e por alterar a lógica da APS abrangente e o seu princípio de universalidade (Mendonça et al., 2023).

Este programa também apresentou impactos significativos sobre o Nasf-ab, uma vez que não incluiu a atuação destes profissionais para alcançar as metas estabelecidas pelos indicadores de desempenho. Essa forma de financiamento impossibilitou os novos credenciamentos e a manutenção destas equipes na maior parte dos municípios brasileiros, permitindo ao gestor local a definição de manter ou não os profissionais neste nível de atenção, porém com a ausência do incentivo federal (Reis & Menezes, 2020). A Nota Técnica nº 3/2020 exemplifica ainda mais a desestruturação da política do Nasf-Ab ao afirmar que os profissionais das equipes multiprofissionais deixam de estar vinculados ao Nasf-ab (Brasil, 2020). Neste contexto, os trabalhadores poderiam ser registrados nas unidades de saúde sem equipe vinculada, o que desconfigura os processos de trabalho compartilhados e

interprofissionais, caracterizando a lógica fragmentada dos núcleos de formação (Mendes & Carnut, 2020b).

Tais processos decisórios no setor saúde expõem o enfraquecimento da perspectiva territorial e coletiva presentes nas bases estruturantes da APS em detrimento de um enfoque gerencialista. Com o Previnir Brasil, a concepção de universalidade, princípio constitucional, é diluída pela noção de cobertura vinculada ao cadastramento, e não mais por território, o que restringe o acesso ao SUS somente às pessoas cadastradas. Ainda, as ações de cuidado coletivo e promotoras de saúde, muitas vezes protagonizadas pelas equipes multiprofissionais, tornam-se precarizadas e dificultadas no que diz respeito ao cuidado de caráter interprofissional e intersetorial.

Neste movimento de disputa, são fortalecidas as práticas ambulatorizadas, fragmentadas e não coerentes com as necessidades do território no âmbito da APS. Essas intencionalidades neoliberais servem como uma via estratégica para incidir em outros terrenos, que se inter cruzam e demarcam espaços compartilhados como por exemplo, o atual cenário da política de saúde mental no Brasil.

### **Saúde Mental na APS: interlocuções possíveis?**

As demandas de saúde mental fazem parte dos processos de vivência no território e, por isso, reafirma-se a importância de compreender a totalidade e a transversalidade dos processos de saúde em uma comunidade. Diferente do que é comumente preconizado, as expressões da saúde mental enquanto sofrimento estão presentes em mais da metade dos atendimentos realizados pelas equipes de saúde da família (Fagundes et al., 2021). Ainda, durante o período da pandemia da Covid-19, as conduções de cuidado em saúde mental na APS apresentaram aumento significativo (Mattos et al., 2022).

Apesar da defesa do cuidado em saúde mental ser operacionalizado também pelos princípios e características da APS, historicamente essas questões foram direcionadas às

instituições com características asilares e à lógica hospitalocêntrica (Passos, 2018). A Política de Saúde Mental do país, na tentativa de romper com essa conformação, propõe o deslocamento da assistência de um modelo hegemônico e hospitalocêntrico para um modelo de atenção psicossocial. Nesta proposta, os serviços são organizados em uma estrutura de rede, tendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como central neste processo e parte da conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da Luta Antimanicomial (Amarante & Torre, 2018).

A RPB é historicamente um importante movimento, sobretudo com inspirações de luta de trabalhadores no campo da saúde mental, que impulsionou o redirecionamento e a reformulação das políticas de saúde mental no Brasil. Este processo ganha espaço e força no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que ambos os movimentos se estruturam como críticas à privatização da saúde e às distorções assistenciais decorrentes desse modelo (Amarante, 1995).

A RAPS apresenta-se como um novo paradigma de cuidado para as pessoas que vivenciam sofrimento e como uma estratégia para tensionar a lógica manicomial. É reconhecida também como um marco importante para a implementação dos preceitos da RPB e por reafirmar a necessidade da produção de cuidado vinculado a serviços de base territorial, pautados na inserção social (Amarante & Nunes, 2018). Instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a RAPS se configura como uma nova dimensão dos conjuntos de ações em saúde mental no SUS em diferentes pontos e níveis de atenção, sendo composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011a).

Autores defendem que o campo da saúde mental, compreendido enquanto produção de vida, possui na Estratégia Saúde da Família um lugar de intervenção e de coletivização da

luta antimanicomial (Sivinski & Schenkel, 2018). Os atributos de longitudinalidade do cuidado e de vínculo com a comunidade, a capilaridade dos serviços de saúde nas extensões dos territórios e as ferramentas de cuidado ampliado utilizadas pelas equipes da APS são aspectos essenciais para promover o acesso e o acolhimento das pessoas em sofrimento aos serviços de saúde (Dimenstein et al., 2009).

As equipes multiprofissionais que compõem o nível de atenção primária representam, tradicionalmente, um componente fundamental para o manejo ampliado das necessidades de saúde mental nos territórios. Estas equipes atuam como apoiadoras e articuladoras da expansão da ESF no país na medida em que ampliam a capacidade resolutiva da APS e preconizam a integralidade da atenção em suas intervenções (Dias et al., 2023). Além disso, a inserção desses profissionais em territórios com baixa cobertura assistencial e com nítidas barreiras de acesso aos cuidados em saúde mental, como em assentamentos rurais e em populações quilombolas, constitui-se de grande importância tendo em vista que representam, em sua grande maioria, a única possibilidade de oferta de atenção à saúde (Dimenstein et al., 2022).

Estas equipes são convocadas a desenvolver ações para garantir o cuidado psicossocial de pessoas em sofrimento por meio de uma série de atividades, dentre elas o apoio matricial, o trabalho articulado com as eSF e o desenvolvimento de agendas intersetoriais (Brasil, 2014). O apoio matricial se insere nestas práticas como uma estratégia pedagógica-terapêutica necessária para que as demandas de saúde mental sejam conduzidas com base na garantia dos direitos humanos, uma vez que tem como objetivo transformar os processos tradicionais e burocráticos de saúde em trabalhos compartilhados e dialógicos (Brasil, 2011b). Essa ferramenta pressupõe dinâmicas interprofissionais entre os trabalhadores, tais como a construção coletiva de projetos terapêuticos, e favorece a troca de informações e a ampliação da corresponsabilização pelo usuário (Dantas & Passos, 2018).

A proposta do apoio matricial é fornecer subsídios para que as equipes de referência apresentem protagonismo para a condução de casos de saúde mental, de modo a estimular o trabalho colaborativo e a evitar encaminhamentos desnecessários à atenção secundária e práticas violadoras de direitos, como internações em instituições manicomiais (Treichel et al., 2019). A dimensão pedagógica é também representada por ações de educação permanente com as equipes do território a partir de momentos de discussão compartilhada de manejos ou por meio de atividades de formação (Brasil, 2014).

O trabalho das equipes multiprofissionais tem como ponto de partida o território, uma vez que esse espaço expressa uma complexa teia de determinações que incidem sobre as experiências de saúde mental ao longo do ciclo de vida. A APS é responsável, em conjunto com outros dispositivos da RAPS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pela atenção à saúde mental das infâncias e das adolescências, dos adultos e das pessoas idosas. Além disso, a APS possui uma agenda pública de enfrentamento de outras dimensões do cuidado em saúde mental e suas interseccionalidades, como por exemplo situações de uso abusivo de substâncias psicoativas e de sofrimento psicossocial associado ao racismo (David et al., 2024).

O desenvolvimento de ações intersetoriais tem potencialidade para conduzir as equipes e as unidades existentes na área de abrangência a um movimento de análise crítica para o conceito ampliado de saúde e suas determinações sociais (Dias et al., 2023). Ainda, a proposta intersetorial e psicossocial legitima que a construção da atenção integral em saúde mental opera-se a partir do cuidado em rede de saberes, uma vez que abre caminhos para o fortalecimento da lógica psicossocial e da desinstitucionalização (Yasui et al., 2018).

No entanto, os retrocessos vivenciados pela política de saúde mental, em conjunto com as outras políticas do SUS, têm esfacelado a proposição da APS e de outros componentes da RAPS em ser operador da atenção psicossocial, do cuidado de base

territorial, interdisciplinar e em liberdade. As chamadas tendências da Contrarreforma Psiquiátrica (CP) apresentam-se como expressão das particularidades da ofensiva do capital e como resistência aos preceitos e as conquistas do campo da saúde mental (Oka & Costa, 2022).

É importante ressaltar que o campo da saúde mental é permeado por características contraditórias, tendo em vista que também mobiliza interesses ligados ao fortalecimento de um projeto contrarreformista antes mesmo de ganhar contornos nos governos neoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro (Fernandes & Oliveira, 2024). Na constituição da portaria da RAPS, em 2011, por exemplo, é possível encontrar desafios que apontam para os desalinhamentos das propostas da RPB e da Luta Antimanicomial com a institucionalização das Comunidades Terapêuticas (CT) como serviço do nível de atenção residencial de caráter transitório e constituídas como parte da Rede (Lira & Oliveira, 2023).

Apesar da heterogenia destas instituições, as CT's podem ser consideradas como organizações geridas por entidades privadas que realizam tratamentos com pessoas em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas baseados em premissas asilares e ancorados em aspectos como disciplina, religiosidade, privação do convívio social, e trabalho escravizado, maquiado como “laborterapia” (Desintitute, 2021; Passos et al., 2022). As Comunidades Terapêuticas se apresentam como entidades de violência, sobretudo de pessoas negras e LGBTQIA+. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) exemplifica, em teor denunciativo, essas inúmeras violações de direitos e irregularidades que ocorrem nestes ambientes.

O crescimento desses estabelecimentos também tem trazido preocupações para o cenário da saúde mental, uma vez que a expansão das CT's materializa disputas do fundo público pelo setor privado, filantrópico e religioso. De acordo com Costa e Mendes (2023), é possível observar um aumento das verbas destinadas às comunidades terapêuticas,

especialmente quando passam a ser financiadas, em 2010, pelo Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). No atual governo federal, estes espaços têm angariado protagonismo, em especial a partir do Decreto nº 11.392 de 20 de janeiro de 2023 que aprovou, entre outras competências, a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (Brasil, 2023a). Essa normativa sofreu alteração por meio do Decreto nº 11.634 de 14 de agosto de 2023 que, após inúmeras críticas da sociedade civil, teve o nome do Departamento alterado para Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas (Brasil, 2023b).

No entanto, a mudança do nome do setor não implicou em um rompimento com a face manicomial, violadora e historicamente hegemônica que essa estratégia apresenta. Na verdade, anuncia que o Estado, ao realizar esses repasses financeiros, deixa de investir em equipamentos de base territorial e de cuidado em liberdade e sustenta financeira, política e legalmente iniciativas neoliberais de privatização e manicomialização (Fernandes & Oliveira, 2024).

Outro aspecto que também revelou propostas contrarreformista na saúde mental foi a atualização da RAPS, por meio da Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que representou a descaracterização do cuidado em rede e em território ao inserir os hospitais psiquiátricos como ponto de atenção no nível de assistência hospitalar, e incorporar o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas IV (CAPS AD IV) à Rede (Brasil, 2017b). Essa normativa permaneceu em vigor até junho de 2023 quando, através da Portaria GM/MS nº 757 de 21 de junho de 2023, foi revogada (Brasil, 2023c). A realidade da RAPS brasileira aponta para uma fragilização dos seus componentes psicossociais e da sua articulação tendo em vista a insuficiência de serviços, a falta de profissionais e uma cobertura insuficiente para as demandas assistenciais nos seus principais pontos de atenção.



Somado aos aspectos supracitados, de modo geral, observa-se uma queda importante no número de equipes multiprofissionais na APS dos municípios brasileiros desde o seu desfinanciamento em 2019. Segundo os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (Brasil, 2011c), desde 2013 até o final do ano de 2019, 5.988 equipes Nasf-ab foram custeadas no âmbito federal. Após esse período e com a Portaria do descredenciamento do Nasf-ab, as equipes custeadas tiveram um decréscimo e estacionaram em 5.500 equipes até o final de 2022, sendo que era previsto que neste intervalo houvesse mais de sete mil equipes financiadas pelo MS.

Estes números simbolizam a expressiva descontinuidade das ações de atenção à saúde mental na APS, uma vez que as equipes multiprofissionais se configuram como as principais responsáveis pela articulação das questões de saúde mental no nível de atenção primária (Dimenstein et al., 2022). Os dados ainda direcionam que as práticas de saúde mental se baseiam em uma perspectiva clínica individual, biomédica e, por vezes, centralizada em saberes hegemônicos que apresentam uma historicidade de práticas voltadas à fragmentação e à compartimentalização da realidade concreta dos indivíduos (Costa & Mendes, 2021b). Nesta perspectiva, a condução da assistência à saúde mental tem se ausentado das possibilidades de intervenções no território, no coletivo, na interprofissionalidade e a partir de ferramentas culturais, ancestrais e populares da comunidade. Com esse cenário, o cuidado em saúde mental se enquadra a um campo de diagnósticos nosológicos e voltados à psicopatologização e à internação em instituições asilares.

A literatura destaca que há uma valorização do acompanhamento de saúde mental nas especialidades, como por exemplo nos CAPS, nos espaços ambulatoriais e hospitalares (Eslabão et al., 2017). Este movimento de destaque, especialmente para os CAPS, está associado a uma série de elementos históricos e de intensas produções científicas e de

políticas públicas, desde o início da RPB, que evidenciam o protagonismo deste dispositivo. Neste estudo compreende-se a importância e a legitimidade que os equipamentos da atenção secundária e terciária possuem no manejo dos casos de saúde mental, principalmente os que necessitam de mais suporte. No entanto, defende-se que a atenção à saúde mental, conforme preconizada na Portaria da RAPS, seja articulada em rede e realizada de forma colaborativa entre seus diferentes componentes e pontos de atenção e que as equipes da APS sejam impulsionadas neste cuidado comunitário (Sivinski & Schenkel, 2018).

Há, sem dúvidas, um caráter contraditório no conjunto das políticas de saúde mental no contexto brasileiro e, nesse caminho, um esvaziamento dos processos de cuidado de base territorial-comunitária dos componentes da RAPS, como a APS. Mesmo com as imensas potencialidades do cuidado em saúde mental, no âmbito da atenção primária, opera-se um entrelaçamento dos retrocessos vivenciados nas políticas sociais. A centralização do tratamento nos manicômios e nas Comunidades Terapêuticas escancaram as bases da doença como objeto de “cuidado” adotado, o modelo assistencial biomédico como a caracterização do “cuidado” em saúde mental e a política de extermínio de negros, pobres e periféricos como expressões da reatualização do conservadorismo na política de saúde mental (Lira & Oliveira, 2023; Passos et al., 2022).

### **É tempo de ousar: horizonte ético-político no campo da APS e da Saúde Mental**

O estudo sobre o histórico e as particularidades das lutas de classes e dos enfrentamentos vivenciados nas políticas públicas do Brasil, sobretudo no setor saúde, se desenha como uma *práxis* necessária de pesquisadores, de militantes e de profissionais que se propõem a construir trabalhos emancipatórios. As problematizações realizadas ao longo deste ensaio teórico não objetivam apresentar uma intenção fatalista de cair em um discurso de que, diante do extremo cenário vivenciado, nada é possível ser feito. Ao contrário, assume-se que ao mapear os principais processos dialéticos que circundam as políticas sociais e, em especial

a de saúde, é possível visualizar mediações necessárias para que o campo da APS e suas interlocuções com a saúde mental sejam operadas pelo caminho da perspectiva revolucionária.

As lutas angariadas no setor da saúde resultam de uma intensa participação popular. Os movimentos sociais, as instâncias nacionais, estaduais, municipais e locais de controle social do SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, atuam historicamente como espaço potentes de denúncia e de resistência frente às mudanças realizadas de forma autocrática. A publicação da Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, que institui, define e (re)cria incentivo financeiro federal de sustentação aos Nasf-ab - agora como uma nova nomenclatura - é um exemplo dos esforços e dos tensionamentos provocados pela sociedade civil no campo da APS (Brasil, 2023d). Essa retomada do cofinanciamento federal para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), apesar de apontar algumas contradições expressas na própria Portaria, abre possibilidades para que esses profissionais se integrem, novamente, ao território, e ocupem lugares coletivos para a defesa da APS abrangente e universal e do cuidado em saúde mental por meio da atenção psicossocial.

Outra conquista no campo da APS foi a alteração do modelo de financiamento do Previn Brasil para uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde, por meio da publicação da Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Nesse documento, é possível verificar que novos componentes foram caracterizados como parte do processo de financiamento e manutenção da APS, destacando-se aspectos mais ligados à proposta da ESF, como vínculo e acompanhamento territorial (Brasil, 2024).

As características históricas do SUS, da APS e da saúde mental respiram lutas e, por isso, podem servir de inspiração para fortalecer a mobilização sociocomunitária frente à sociedade do capital e para legitimar alternativas de cuidado ao modelo manicomial vigente

(Costa et al., 2023). É importante que a classe trabalhadora apresente um olhar crítico e reflexivo sobre as ações realizadas com a comunidade, de modo que o exercício profissional seja pautado na construção de uma *práxis* dialogada com a perspectiva da determinação social e com olhares interseccionais (Costa & Lordello, 2019).

Dessa forma, visualiza-se a urgência dos trabalhadores da APS serem provocados a ocuparem espaços de construção e de compartilhamento coletivo acerca de pautas inerentes aos seus processos de trabalho no âmbito do SUS, da atenção primária e da saúde mental. É na dimensão do coletivo que os atravessamentos da gestão do cuidado no território tornam-se presentes enquanto compromisso social e ética de cuidado dos profissionais (Franco & Merhy, 2012).

Instâncias colegiadas e participativas como fóruns, câmaras técnicas e outras dinâmicas formativas características de cada território e equipe são alguns exemplos de instrumentos recursivos, dialógicos e pedagógicos presentes em uma *práxis* sociocomunitária. Esses encontros viabilizam também a possibilidade de os profissionais debaterem sobre assuntos centrais e que perpassam a produção de saúde mental coletiva na APS, tais como aspectos relacionados ao uso de drogas, as violações das infâncias e das adolescências e as especificidades de intervenções em saúde com pessoas pretas, indígenas, quilombolas e LGBTQIA+ (Pereira et al., 2019).

As reflexões realizadas neste ensaio teórico possuem uma intencionalidade de convidar os trabalhadores das políticas públicas ao exercício de romper com os fazeres cotidianos que estão ligados aos interesses da ordem social para se apropriar de práticas que transformem a realidade (Martin-Baró, 1997). Os aspectos discutidos e levantados por essa proposta ensaística suscitam reflexões para que os trabalhadores da APS construam ações em saúde mental com as comunidades por meio de um processo dialético, radicalmente antirracista, e através de ferramentas de cuidado psicossocial e intersetorial. A condução do

cuidado em saúde mental, a partir do território e da perspectiva interprofissional, representa uma tentativa de romper com intervenções que sustentam estruturas sociais injustas. Ainda, simboliza uma proposta de assumir e de se alinhar às lutas em defesa da democratização e da reconstrução de um outro projeto de sociedade e de cuidado.

## Referências

- Albuquerque, G. S. C., & Silva, M. J. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em debate*, 38(103), 953-965. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>
- Almeida, P. F., Medina, M. G., Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Bousquat, A., & Mendonça, M. H. M. (2018). Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(spe.1), 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
- Almeida, G. S. (2020). Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. *Revista Katálysis*, 23(3), 720 – 731. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p720>
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª edição). Editora Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067- 2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.0708201>
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Barboza, N. A. S., & Rêgo, T. D. M. (2020). A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 84966-84985. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057>
- Baptista, T. W. F. (2007). História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: G. C. Matta & A. L. M. Pontes (Orgs.), *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde* (pp. 29-60). EPSJV / Fiocruz.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Implantação de unidade de saúde da família – Caderno 1*. Brasília, DF.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cab1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf)
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Diário Oficial da União: seção I, p. 38-42. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Ministério da Saúde.  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011a). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. [Republicada no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, Págs. 37-38]
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva). Brasília, DF. Recuperado de <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/629.pdf>  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Brasil. (2011c). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. *Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014) Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017a). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017b). Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. *Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.*  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Portaria 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 de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.*  
Diário Oficial da União: seção I, Edição: 220, p. 97-104.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.* Brasília: SEI/MS - 0013259951. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
- Brasil. (2023a). Decreto nº 11.392 de 20 de janeiro de 2023. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.* Diário Oficial da União, 20/01/2023, p. 11. Brasília, DF.  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/decreto/d11392.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11392.htm)
- Brasil. (2023b). Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023. *Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.* Diário Oficial da União, 15/08/2023, p. 2. Brasília, DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/Decreto/D11634.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Decreto/D11634.htm)
- Brasil. (2023c). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. *Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações.* Diário Oficial da União: seção I, Edição: 117, p. 296.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>

- Brasil. (2023d). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023. *Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde*. Diário Oficial da União: seção I, Extra B, Edição: 96-B, p. 11-18. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
- Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União: seção I, Edição: 70, p. 100. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>
- Bravo, M. I. S., & Matos, M. C. A. (2004). Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, 1-22. [<https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>](https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf)
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de Saúde no Brasil. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 1- 24. [https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo.pdf](https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf)
- Bravo, M. I. S., Pelaez, E. J., & Pinheiro, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, 10(1), 9-23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>
- Bravo, M. I. S., & Pelaez, E. J. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*, 22(46), 191-209. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630/25147](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147)
- Bravo, M. I. S., & de Menezes, J. L. (2022). Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. *Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade Contemporânea*, 20(50), 88-108. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.68508>
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>



- Ceccim, R. B. (2017). Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In R. F. C. Toassi (Org.), *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* (pp. 49-67). Editora Rede Unida.
- Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília, DF. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)
- Costa, P. H. A., & Lordello, S. (2019). Psicologia e realidade brasileira: notas preliminares para uma práxis psicossocial. In C. Antloga, K. Tarouquella, S. Lordello, M. Neubern, E. Queiroz. (Orgs). *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4* (pp. 37-52). Techno Politik.
- Costa, P. H.A (2020). A Questão Social na Psicologia Social: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209277>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021a). Saúde Mental em Tempos de Crise e de Pandemia: Um diálogo com Martín-Baró. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(1), 217-231. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1367>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021b). A miséria da psicologia brasileira: subordinação ao capital e colonização-dependência. *Revista Pesquisas E Práticas Psicossociais*, 16(2), 1–17. [http://periodicos.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/e4113](http://periodicos.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e4113)
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2023). O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e a contrarreforma psiquiátrica. *Argumentum*, 15(3), 156–170. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.39919>
- Costa, P. H. A., Mendes, K. T., & Pinto, M. A. (2023). Psicologia e Compromisso Social: Junção importante, problematização necessária e atual. *Psicologia USP*, 34 (e190117), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190117>
- Dantas, N. F., & Passos, I. C. F. (2018). Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trabalho, Educação, Saúde*, 16(1), 201-220. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>
- David, E. C., Vicentin, M. C. G., & Schucman, L. V. (2024). Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

- Ciência e Saúde Coletiva*, 29(3), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04432023>
- Desinstitute; Weber, R. (Orgs.). (2021). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/2001*. Brasília (DF). <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>
- Dias, M. S. A., Rodrigues, P. V., Moita, M. P., Silva, L. C. C., & Brito, M. C. C. (2023). Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2303-2312. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023>
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87.
- Dimenstein, M., Macedo, J. P., & Silva, B. I. B. M. (2022). Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, 1- 20. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333017>
- Eslabão, A. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., & Santos, E. O. (2017). Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>
- Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2311-2322. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>
- Farias, T. M., Costa, P. H., & Santos, A. V. (2022). É possível (e desejável) democratizar a barbárie? Contribuições marxistas à Psicologia política. *Revista Estudos de Políticas Públicas*, 8, 127-146. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2022.68082>
- Fernandes, M., Lotta, G., & Corrêa, M. (2021). Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação, Saúde*, 19, 1-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>

- Fernandes, M. N., & Oliveira, A. (2024). Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado. *Em Pauta: Teoria Social & Realidade Contemporânea*, 22(54), 99-110. <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80308>
- Franco, T. B., & Mehry, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. N. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho. (Orgs), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, (pp. 575-625). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Giovanella, L., et al. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763-1776. <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/abstract/?lang=pt>
- Giovanella, L., Bousquat, A., Almeida, P. F., Melo, E. A., Medina, M. G., Aquino, R., & Mendonça, M. H. M. (2019). Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 35(10), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178619>
- Gomes, C. B. S., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1327-1337. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>
- Gonçalves, L. A. P., Oliveira, R. G., Gadelha, A. G. S., & Medeiros, T. M. (2019). Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda? *Saúde em Debate*, 43(spe8), 160-174. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
- Júnior, A. P., & Júnior, L. C. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para Saúde*, 8(1), 13-19. [https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf)
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- Lira, G. F. C., & Oliveira, A. (2023). Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial. *Argumentum*, 15(3), 111-125. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.40031>

- Martín-Baró, I. (1997). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002>
- Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181-1188.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
- Mattos, M. P., Pereira, B. M., & Gomes, D. R. (2022). Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. *Saúde Soc*, 31(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200783>
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
- Mendes, J. M. R., Garcia, M. L. T., Oliveira, E. F. A., & Fernandes, R. M. C. (2011). Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos*, 10(2), 331-344. <http://hdl.handle.net/10183/141709>
- Mendes, A., & Carnut, L. (2020a). Crise do capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, Saúde Pública e Atenção Primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, 57, 174-2010. <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>
- Mendes, A., & Carnut, L. (2020b, fevereiro). NASF, porrete e bolsonarismo. *Domingueira da Saúde*. <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-06-fevereiro-2020-edicao-especial?lang=pt>
- Mendes, A., Melo, M. A., & Carnut, L. (2022). Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2), 1- 14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
- Mendonça, F. F., Lima, L. D., Pereira, A. M. M., & Martins, C. P. (2023). As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 47(137), 13-30. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>
- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio-teórico? *Rev. adm. contemp.*, 15(2), 320-332. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
- Mitros, V. M. da S., Rocha, R. do N., Costa, N. G. S., Silva, M. R. F. da, Mota, M. V., & Araújo, C. E. L. (2023). Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Saúde em Debate*, 47(138), 444-461. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>

- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 01–29. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>
- Paim, J. S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 639-662. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 173-196. <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt#>>
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
- Passos, R. G., Gomes, T. M. S., & Santo, T. B. E. (2022). O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL nº 565/2019. *Revista em Pauta: Teoria Social & Realidade Contemporânea*, 49(20), 205-220. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63529>
- Pereira, M. O., Passos, R. G., Silva, L. C., Almeida, M. G. G., & Silva, P. F. (2019). Discussões de Gênero, raça e classe: um breve relato sobre o primeiro Curso de Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, no Rio de Janeiro. In M. O. Pereira, R. G. Passos, A. Nascimento, L. C. Correia, O. M. Almeida (Orgs.), *Luta Antimanicomial e feminismos: formação e militâncias* (pp. 29-41). Editora Autografia.
- Ramos, A. L. P., & De Seta, M. H. H. (2019). Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), 1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>
- Rosa, E. Z. (2019). Em defesa de uma sociedade sem manicômios: disputas e ameaças frente ao recrudescimento do projeto neoliberal. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(3), 254-257. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v8i3.2618>
- Reis, S., & Meneses, S. (2020, fevereiro 12). Novo Financiamento da Atenção Básica: Possíveis Impactos sobre o NASF-AB. *CEBES na Mídia*. <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>

- Rosário, C. A., Baptista, T. W. F., & Matta, G. C. (2020). Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 44(124), 17-31. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>
- Santos, C. B. O., & Passos, R. G. (2024). As contribuições críticas de Ignacio Martín-Baró: notas sobre saúde mental, fatalismo e guerra. *Serv. Soc. Soc.* 147(2), 1-19. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.409>
- Silva, M. J. (2021). Os projetos em disputa do direito à saúde no Brasil: reflexões a partir de Gramsci. *Revista Libertas*, 21(1), 134-148. <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2021.v21.33457>
- Sivinski, T. C., & Schenkel, J. M. (2018). Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental: Balançando as Redes da Saúde. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 52-71. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80417>
- Sodré, F., & Bussinger, E. C. (2018). Organizações sociais e privatização da saúde: A discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. In F. Sodré, E. C. A. Bussinger, L. Bahia (Orgs.), *Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde* (pp. 37-65). Hucitec Editora.
- Timmermann, T. A. R., Brites, L. S., & Rocha, C. M. F. (2023). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31(2), e31020270. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>
- Treichel, C. A. S., Onocko Campos, R., & Campos, G. W. S. (2019). Impasses e desafios para a consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface*, 29, 1-18. <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>
- Vasconcelos, K. E. L., & Schmaller, V. P. V. (2012). Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. *Sociedade em Debate*, 17(1), 89-118. <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/686>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 8(1): 173 – 190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política social e psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-377220100005000>

## **Manuscrito 2: Intervenções psicossociais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa**

### **Introdução**

As intervenções psicossociais podem ser compreendidas a partir da imperatividade do agir orientado por uma *práxis* emancipatória, contextualizada histórica e territorialmente, comprometida com mudanças sociais e promotora de protagonismo comunitário (Costa & Lordello, 2019). Para conhecer os cenários e as condições reais nos quais essa possibilidade se faz, se fortalece e se fragiliza, torna-se necessário compreender como o Sistema Único de Saúde (SUS) e as intervenções psicossociais têm se operacionalizado. Assim, o estudo sobre o histórico e as particularidades da política de saúde no Brasil e o mapeamento de tais ações em saúde mental realizadas em serviços da Atenção Primária à Saúde são fundamentais para a compreensão da *práxis* psicossocial nesta realidade.

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e fortalecido pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o SUS fundamenta-se a partir da perspectiva do direito à saúde e da ruptura dos princípios autoritários e excludentes que orientavam a política de saúde. O SUS surge vinculado a uma proposta de reorganização dos serviços de atenção à saúde defendida pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A RSB configura-se como um movimento social e político composto por diferentes atores e sujeitos coletivos que defendem e lutam por espaços de democratização da saúde e por reconhecimento dos direitos sociais pelo Estado brasileiro há mais de quatro décadas (Virgens & Teixeira, 2022; Paim, 2018). O SUS se estabelece como proposta de um modelo descentralizado de atenção integral, acesso universal e com participação social fortalecida (Campos, 2018).

Ao longo dos anos, diversas estratégias foram incorporadas aos espaços de cuidado no SUS para fortalecer sua resolutividade, qualidade e integração entre os diferentes serviços. A

organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS é imprescindível para o cuidado integral e contextualizado para a população. A APS evidencia-se como um dos principais meios para a instrumentalização dos princípios do SUS, além de ser ordenadora das RAS, coordenadora do cuidado e porta de entrada prioritária no SUS (Brasil, 2015). A APS se responsabiliza pelo cuidado longitudinal, integral e continuado dos indivíduos e seus familiares, com a possibilidade de ser resolutiva em até 80% das condições de saúde (Brasil, 2017).

A APS ganhou destaque por reorganizar a assistência e se tornou uma das agendas prioritárias do Ministério da Saúde no início da década de 1990, a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia Saúde da Família (ESF) torna-se reconhecida como um modo de organização, expansão e qualificação da APS e considerada como reorientadora do modelo assistencial do SUS (Brasil, 2010). Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Estratégia Saúde da Família fortalece a interação entre comunidade e serviço, potencializa a capacidade resolutiva nos processos de saúde individuais e coletivos e possibilita mapeamento mais contextualizado das necessidades em saúde de determinada população (Brasil, 2017).

### **Saúde Mental na APS como direito: Cuidado em Rede e em Território**

Por propor que o usuário e seu contexto social e familiar sejam os principais protagonistas dos processos de cuidado em saúde, a APS se revela como um modelo de saúde que se materializa a partir do território. O conceito de território é central e estruturante para este nível de atenção, indo além dos aspectos geográficos e se constituindo pelas dinâmicas sociais, históricas e culturais das comunidades. O contato dos profissionais com as famílias e as comunidades desvenda demandas que fazem parte do terreno social, como a saúde mental. As questões relacionadas à saúde mental fazem parte do cotidiano dos territórios e das



comunidades, tendo em vista que são constituídas por meio de relações sociais presentes nas dinâmicas territoriais (Costa, 2024; Dimenstein et al., 2017).

Considerando suas características basilares, a APS torna-se um instrumento fundamental no processo de desmonte da lógica manicomial e de fortalecimento da atenção psicossocial (Gryscheck & Pinto, 2015). As ações em saúde mental no contexto da APS têm revelado um cenário de embates de modelos de produção de cuidado (Moliner & Lopes, 2013). A literatura aponta que a inserção de práticas em saúde mental neste nível de atenção pode fortalecer os aspectos do cuidado psicossocial, especialmente pela possibilidade de as intervenções serem realizadas pela ótica sociocomunitária, em liberdade e em rede intra e intersectorial (Yasui et al., 2018). Além disso, a assistência territorializada em saúde mental potencializa práticas em consonância com as necessidades do território, o acaba por desvelar a urgência em desenvolver ações antirracistas, antiLGBTfóbicas e de rompimento e denúncia de outras formas de violências presentes nas dinâmicas da comunidade (David et al., 2024).

Por outro lado, intervenções medicalizantes e descontextualizadas, e encaminhamentos não-responsáveis para outros pontos da rede representam a vigência de um modelo de cuidado centrado na lógica biomédica, individualizante e fragmentada (Treichel et al., 2019). Essa forma de atenção à saúde expressa uma lógica conservadora neoliberal no campo da saúde mental que vem ganhando força nas últimas décadas na medida em que fragiliza processos de cuidados colaborativos na atenção psicossocial (Mattioni & Rocha, 2023). O expressivo avanço tecnológico e a valorização da especialização das disciplinas também comprometem o alcance de uma visão ampliada do processo de cuidado, tendo em vista que reduzem e estratificam os indivíduos (Farias et al., 2018).

A integração das equipes multiprofissionais nos processos de trabalho na APS configura-se como uma tentativa de romper com essa hegemonia no âmbito da saúde. A dimensão do trabalho interprofissional se insere na dinâmica das equipes com a perspectiva

de questionar a construção histórica do trabalho fragmentado no campo da saúde. Nesse sentido, a interprofissionalidade se materializa por meio de práticas profissionais colaborativas em que se prioriza a articulação entre diferentes saberes e a construção compartilhada de ações com a comunidade (Furtado, 2011; Peduzzi et al., 2013).

O apoio matricial tem sido considerado um instrumento interprofissional estratégico para a transformação da lógica tradicional de manejo das demandas de saúde mental em intervenções psicossociais mais horizontais (Melo et al., 2018). O matriciamento, como também é denominado, fomenta a integração e o compartilhamento dos saberes entre os diversos atores da RAPS por meio de discussões de caso, elaboração conjunta para o Projeto Terapêutico Singular (PTS), visita domiciliar e atividades coletivas por meio de grupos e oficinas (Dias et al., 2023).

A presença de atores que fazem uma importante conexão entre os espaços territoriais e os equipamentos de saúde, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), constitui uma outra ferramenta para a subverter a produção de cuidado biomédica (Nocetti & Leal, 2023). A partir do uso de tecnologias leves de cuidado em saúde, conforme proposto por Franco e Merhy (2012), as/os ACS podem promover ações de saúde mental por meio de dispositivos de encontro, de acolhimento e do fomento de espaços para o fortalecimento de processos identitários.

Diante disso, a identificação e o reconhecimento das intervenções em saúde mental realizadas no contexto da APS são fundamentais para o avanço nas estratégias de fortalecimento da atenção integral, territorializada e dialogada com uma *práxis* psicossocial. Este estudo configura-se como uma revisão integrativa que tem como objetivo identificar quais intervenções estão sendo desenvolvidas para o acompanhamento em saúde mental na APS numa perspectiva psicossocial. O foco desta pesquisa é discutir as intervenções em saúde mental neste nível de atenção e seus impactos no contexto da América Latina, tendo

em vista a importância de protagonizar as particularidades históricas, políticas, culturais e sociais da formação latinoamericana, constantemente afastada e silenciada das publicações científicas, que por vezes são capturadas pela racionalidade colonialista.

## **Método**

As revisões de literatura se apresentam como um importante recurso metodológico tendo em vista que assumem um papel de atualização e organização das publicações em um determinado tema de interesse e possibilitam a busca por boas práticas em saúde (Sousa et al., 2018; Pinho & Lordello, 2023). Neste estudo, realizou-se uma revisão integrativa, considerada uma abordagem metodológica mais ampla frente às revisões, uma vez que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para o mapeamento aprofundado sobre a temática em questão (Souza et al., 2010).

Para uma compreensão significativa sobre intervenções psicossociais em saúde mental na APS, realizou-se os seguintes procedimentos metodológicos: elaboração da pergunta norteadora; escolha dos descritores e das bases de dados; definição dos critérios de inclusão e de exclusão; realização das buscas nas bases de dados; seleção dos artigos e análise dos dados. A construção da pergunta de pesquisa foi delineada com base na estratégia PICO que se caracteriza pela identificação de informações sobre a população/problema (P), pelo fenômeno de interesse/intervenção (I), e pelo contexto (Co). A pergunta “Quais intervenções psicossociais em saúde mental na APS são discutidas na literatura latinoamericana?” foi definida enquanto norteadora deste estudo.

Foram selecionados os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Básica”, “Saúde Mental” e “Intervenção Psicossocial” extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). Utilizou-se como estratégia de busca os termos e os operadores booleanos (Atenção Primária à Saúde OR Atenção Básica) AND Saúde Mental AND Intervenção Psicossocial. Destaca-se que “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” se

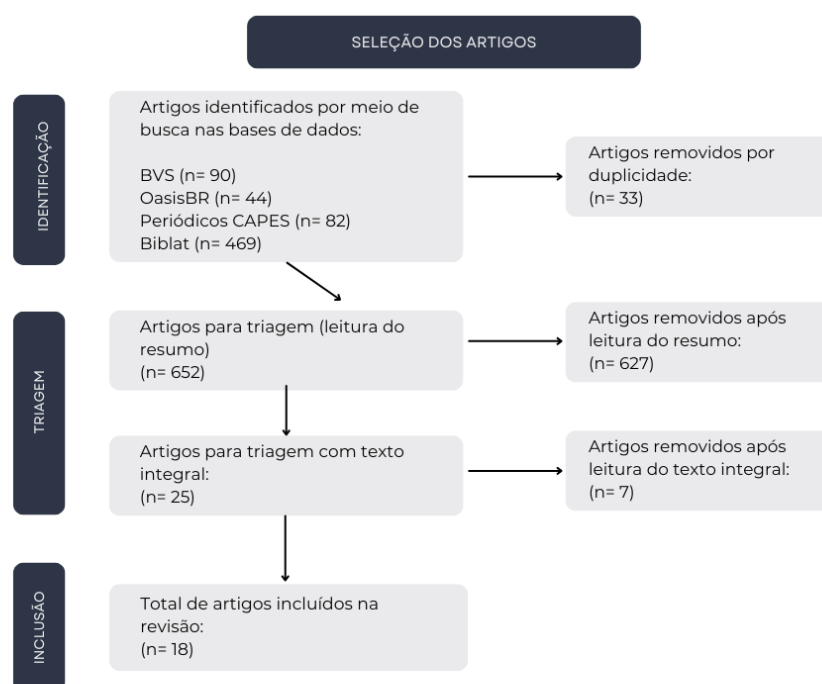
relacionam a partir do operador booleano “or”, com vistas a alcançar mais estudos e por serem considerados como termos equivalentes na Política Nacional de Atenção Básica.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: a) artigos publicados no idioma português, inglês ou espanhol; b) artigos publicados entre os anos de 2018 e 2024; c) artigos que tratem de intervenções psicossociais em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos estudos publicados nos últimos sete anos com a justificativa de selecionar pesquisas mais recentes, tendo em vista que as políticas de saúde sofrem mudanças significativas ao longo dos anos. Ainda, utilizou-se este marcador cronológico em razão das últimas mudanças feitas na PNAB de 2017. Acerca dos critérios de exclusão, destacam-se: a) dissertações, teses, resumos de congresso ou capítulos de livros; b) artigos repetidos das bases de dados; c) artigos que não retratam o contexto brasileiro e de demais países latino-americanos; d) artigos não disponíveis para acesso gratuito.

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e junho de 2024. As bases de dados consultadas foram OasisBR, Periódicos CAPES, Biblat (Bibliografia Latinoamericana) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A seleção dessas bases de dados representa uma escolha das autoras com o intuito de fomentar que realidades e cenários latino-americanos, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, sejam visibilizados. Ainda, a escolha das bases de dados traduz a intenção de expandir a pesquisa para as diferentes áreas de estudo no âmbito da saúde.

Com a busca, a BVS indicou 90 documentos, a Periódicos CAPES apresentou 82 artigos. A OasisBR retornou 44 estudos e a Biblat contemplou 469 documentos, totalizando 685 materiais. Foram removidos 33 artigos por duplicidade nas bases de dados. Após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão e revisão por pares, foram selecionados 25 artigos para leitura na íntegra. A figura 1 destaca a trajetória realizada no levantamento dos artigos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Após a leitura dos 25 artigos na íntegra, sete estudos foram excluídos por não apresentarem propostas de intervenções psicossociais em saúde mental no contexto da APS. Dessa forma, a amostra final contou com 18 artigos científicos que foram categorizados e analisados. Os dados foram extraídos por meio da utilização de uma tabela do *Excel* como estratégia para compilar as informações das pesquisas, tais como: título, autoras/es, ano, país, área de trabalho, a abordagem do estudo e o cenário de saúde da intervenção psicossocial. A tabela também incluiu informações relativas às intervenções psicossociais em saúde mental na APS, às barreiras encontradas e às potencialidades observadas nos artigos a partir das intervenções.

## Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão deste estudo serão apresentados, inicialmente, por meio da caracterização das pesquisas encontradas como: autores/ano de publicação, idioma, área de trabalho, abordagem do estudo, cenário de saúde e os atores que são beneficiados pela intervenção. Em seguida, esta seção será retratada por meio de três eixos temáticos: a) as

intervenções psicossociais em saúde mental identificadas na APS; b) as potencialidades destacadas a partir do desenvolvimento de intervenções psicossociais em saúde mental na APS e c) as barreiras encontradas para conduzir as intervenções psicossociais em saúde mental na APS. Os eixos temáticos foram divididos em subtemas com a finalidade de organizar e de destacar os dados obtidos por meio desta revisão.

### **Caracterização dos estudos**

*Tabela 1. Características dos estudos: autores, data de publicação, área de estudo, abordagem da pesquisa e cenário de saúde.*

Estudo	Autor/Ano	Área	Abordagem do Estudo	Cenário de Saúde
1	Cavalcanti e Severo (2023)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS
2	Cordeiro et al. (2020)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
3	Eslabão et al. (2019)	Enfermagem	Revisão Integrativa de Literatura	APS/UBS
4	Esswein et al. (2021)	Saúde Coletiva	Revisão Integrativa de Literatura	APS/UBS
5	Fornereiro et al. (2023)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
6	Garbin et al. (2021)	Saúde Coletiva	Qualitativa	RAPS (UBS e CAPS) e RENAST
7	Hirdes (2018)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS
8	Lavezzo et al. (2023)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS
9	Londero e Soares (2018)	Psicologia	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
10	Lourencetti et al. (2023)	Enfermagem	Qualitativa	APS/UBS
11	Mendes et al. (2022)	Medicina	Quantitativa	APS/UBS
12	Oliveira et al. (2019)	Saúde Coletiva	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
13	Oliveira et al. (2021)	Enfermagem	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
14	Paulon et al. (2018)	Psicologia	Qualitativa	APS/UBS
15	Pinheiro e Kantorski (2021)	Enfermagem	Qualitativa	APS/UBS
16	Rosa et al. (2020)	Psicologia	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
17	Sivinski e Schenkel (2018)	Psicologia	Qualitativa	APS/UBS e CAPS
18	Tavares et al. (2023)	Medicina	Qualitativa	APS/UBS

Conforme organizado na tabela 1, foi realizada caracterização dos materiais revisados em relação aos autores, à data de publicação, à área do estudo, à abordagem metodológica e ao cenário de saúde estudado na pesquisa. Vale destacar que todos os artigos se contextualizam a partir de realidades brasileiras. A maior parte dos estudos foi publicada em

2023 (Cavalcanti & Severo, 2023; Fornereto et al., 2023; Lavezzo et al., 2023; Lourencetti et al., 2023; Tavares et al., 2023), um estudo foi publicado em 2022 (Mendes et al., 2022), quatro estudos foram publicados em 2021 (Esswein et al., 2021; Garbin et al., 2021; Oliveira et al., 2021; Pinheiro & Kantorski, 2021), dois foram publicados em 2020 (Cordeiro et al., 2020; Rosa et al., 2020), dois foram publicados em 2019 (Eslabão et al., 2019; Oliveira et al., 2019) e quatro foram publicados em 2018 (Hirdes, 2018; Londero & Soares, 2018; Paulon et al., 2018; Sivinski & Schenkel, 2018).

Em relação à área da saúde do periódico no qual o estudo foi publicado, a maioria expressiva dos artigos foram publicados em revistas de Saúde Coletiva (Cavalcanti & Severo, 2023; Cordeiro et al., 2020; Esswein et al., 2021; Fornereto et al., 2023; Garbin et al., 2021; Hirdes, 2018; Lavezzo et al., 2023; Oliveira et al., 2019). Quatro estudos foram publicados em revistas de Psicologia (Londero & Soares, 2018; Paulon et al., 2018; Rosa et al., 2020; Sivinski & Schenkel, 2018), a mesma quantidade foi publicada em revistas de Enfermagem (Eslabão et al., 2019; Lourencetti et al., 2023; Oliveira et al., 2021; Pinheiro & Kantorski, 2021). Por fim, dois estudos foram publicados em revistas de Medicina (Mendes et al., 2022; Tavares et al., 2023).

Quanto a abordagem da pesquisa, à medida que 15 artigos utilizaram a metodologia qualitativa (Cavalcanti & Severo, 2023; Cordeiro et al., 2020; Fornereto et al., 2023; Garbin et al., 2021; Hirdes, 2018; Lavezzo et al., 2023; Londero & Soares, 2018; Lourencetti et al., 2023; Oliveira et al., 2019; Oliveira et al., 2021; Paulon et al., 2018; Pinheiro & Kantorski, 2021; Rosa et al., 2020; Sivinski & Schenkel, 2018; Tavares et al., 2023), apenas um contou com a abordagem quantitativa (Mendes et al., 2022). Os demais consistem em revisões integrativas da literatura (Eslabão et al., 2019; Esswein et al., 2021).

Considerou-se relevante mapear os cenários de saúde nos quais as pesquisas ocorreram, de modo que dez estudos foram realizados com foco na Atenção Primária à Saúde



e especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (Cavalcanti & Severo, 2023; Eslabão et al., 2019; Esswein et al., 2021; Hirdes, 2018; Lavezzo et al., 2023; Lourencetti et al., 2023; Mendes et al., 2022; Paulon et al., 2018; Pinheiro & Kantorski, 2021; Tavares et al., 2023). Sete estudos se contextualizam na articulação entre a Atenção Primária e a Atenção Psicossocial Especializada, sendo as UBS e os Centros de Atenção Psicossociais as figuras principais (Cordeiro et al., 2020; Fornereto et al., 2023; Londero & Soares, 2018; Oliveira et al., 2019; Oliveira et al., 2021; Rosa et al., 2020; Sivinski & Schenkel, 2018). Um artigo retrata a interlocução entre dois componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Atenção Primária e a Atenção Psicossocial Especializada) e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Garbin et al., 2021).

### **Intervenções psicossociais em saúde mental identificadas na APS**

Observa-se que as intervenções psicossociais em saúde mental identificadas no contexto da APS são desenvolvidas pelos profissionais de saúde dos serviços e por meio de pesquisas-intervenção. Inicialmente, serão descritas as intervenções que foram reconhecidas como práticas realizadas nos dispositivos de saúde. Em seguida, serão discutidas as intervenções que foram fruto de pesquisas com proposições interventivas.

O apoio matricial destaca-se como uma das intervenções psicossociais mais utilizadas no campo da saúde mental na APS (Eslabão et al., 2019; Hirdes, 2018; Tavares et al., 2023; Fornereto et al., 2023). De maneira específica, o matriciamento também se revelou como uma ferramenta de cuidado em saúde mental para as infâncias e as adolescências (Esswein et al., 2021; Oliveira et al., 2021) e para as demandas de álcool e outras drogas na APS (Lavezzo et al., 2023). Nos artigos de Eslabão et al. (2019), Hirdes (2018) e Tavares (2023), a operacionalização do apoio matricial é citada por meio de encontros interprofissionais entre os trabalhadores da atenção primária e das equipes especializadas, como por exemplo reuniões de discussão de casos, atendimentos compartilhados, atividades coletivas e

formativas. O estudo de Tavares et al. (2023) elenca que os atendimentos conjuntos feitos à distância e o uso de tecnologias de comunicação entre os profissionais, como o *Whatsapp*, são arranjos utilizados para a realização do matriciamento na APS.

Na pesquisa realizada por Fornereto et al. (2023), o apoio matricial se materializa a partir do diálogo e das trocas de saberes entre os serviços e da articulação em rede. As autoras mencionam que o matriciamento é um recurso importante para conduzir o cuidado coletivo no território, uma vez que efetiva a responsabilização dos atores da rede no seu papel de cuidado aos sujeitos. Nesta mesma proposta, Lavezzo et al. (2023) reforça que as ações matriciais e a articulação entre os serviços e a rede de apoio são intervenções que ampliam as perspectivas de atenção integral e de promoção à saúde para pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas na APS.

Para as demandas de saúde mental infantil (Esswein et al., 2021), a proposta de apoio matricial também se desenvolve com a interlocução entre diferentes setores, com destaque para as famílias e as instituições escolares. De acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007a) para a inclusão de ações de saúde mental na APS, o apoio matricial tem em sua base estruturante o vínculo e o diálogo transversal com as outras políticas que coexistem no território. O matriciamento faz parte do conjunto de intervenções psicossociais, uma vez que estimula a interprofissionalidade e a ampliação do cuidado entre diversos setores (Dimenstein & Macedo, 2012).

Na APS, o apoio matricial pode ocorrer a partir de suporte técnico-pedagógico ou assistencial às equipes de saúde da família. Comumente, esse apoio é ofertado por profissionais de diferentes categorias que fazem parte da atenção primária, como as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) (Fagundes et al., 2021). Nesta revisão, Pinheiro e Kantorski (2021) apontam a importância de qualificar o apoio matricial realizado pelos enfermeiros, uma vez que eles são estratégicos para consolidar a entrada desta

proposta de cuidado colaborativo junto às equipes de saúde. Esse dado revela a necessidade do apoio matricial ser constitutivo do processo de trabalho dos profissionais da APS para não se tornar um manejo exclusivo de especialistas. Além disso, o apoio matricial se concretiza na medida em que outros trabalhadores se tornam multiplicadores de novos saberes e novas possibilidades de cuidado (Castro & Campos, 2016).

A visita domiciliar foi evidenciada como intervenção psicossocial em saúde mental no âmbito da APS por dois artigos (Eslabão et al., 2019; Lavezzo et al., 2023). O estudo de Eslabão et al. (2019) ressalta que as visitas à comunidade são recursos importantes para a condução do cuidado integral em saúde mental na APS, tendo em vista que oferecem melhores compreensões acerca das relações familiares e do contexto social dos usuários atendidos. Ainda, as autoras discutem que a visita domiciliar se torna um importante instrumento de trabalho a partir da necessária mudança de olhar para o cuidado ampliado no território e para o usuário.

Os achados de Lavezzo et al. (2023) convergem com essa perspectiva, uma vez que a visita domiciliar foi vista como uma das principais estratégias de identificação das demandas relacionadas ao uso de drogas no território. Os autores apresentam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como centrais nesse processo de reconhecimento e mapeamento das demandas de álcool e outras drogas no território por meio das visitas. A literatura aponta para a importância do ACS como interlocutor entre as demandas da comunidade e os serviços de saúde dos territórios, sendo a saúde mental uma das situações presentes (Saffer & Barone, 2017).

As visitas configuram-se como instrumento de trabalho que permite a identificação de necessidades de saúde que muitas vezes não são visualizadas no interior dos postos de saúde (Morosini & Fonseca, 2018). Historicamente, a concepção moralista e proibicionista com relação ao uso de drogas é uma constante nos serviços de saúde (Costa et al., 2017; Rybka et

al., 2018). As demandas de saúde relacionadas ao uso de drogas chegam até os dispositivos e, muitas vezes, são conduzidas de uma forma estigmatizante e sem considerar a complexidade da situação (Souza & Ronzani, 2018). A APS, como ordenadora e coordenadora da rede, apresenta uma importante função de fortalecer a redução de danos como uma ética de cuidado. As visitas domiciliares podem ser espaços privilegiados para que o cuidado e o vínculo se tornem presentes, emergindo outras formas de elaboração à experiência com as drogas (Queiroz et al., 2016).

Os resultados do artigo de Lavezzo et al. (2023) apresentam que, de forma conjunta às visitas domiciliares, o acolhimento à demanda espontânea atua como dispositivo estratégico para conhecer a realidade de uso de drogas pelos usuários nos territórios. Ainda, os autores reconhecem o acolhimento como tecnologia leve de cuidado que fortalece ações interventivas e que promove a horizontalização entre profissionais, usuários e familiares. O acolhimento é uma prática que permeia as relações de cuidado e que possui como potencialidade a ampliação de vínculos entre as pessoas atendidas e os serviços de saúde (Brasil, 2013a). Reconhecida como uma ferramenta essencial para concretizar a ESF, o acolhimento pode facilitar a continuidade e a redefinição de ações terapêuticas, tendo em vista que pressupõe o diálogo e a responsabilização de todos os atores do cuidado (Minóia & Minozzo, 2015).

As atividades coletivas realizadas com a comunidade, denominada nos estudos como grupos terapêuticos, foram observadas como intervenções psicossociais em saúde mental no nível da atenção primária em dois artigos (Eslabão et al., 2019; Hirdes, 2018). As autoras Eslabão et al. (2019) descrevem os grupos como ferramentas terapêuticas de promoção de saúde mental na APS, uma vez que possuem intencionalidade de ampliar a prática de cuidado para o sentido coletivo. Fazem destaque a proposta da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que se apresenta como uma abordagem de cuidado em grupo com o objetivo de promover espaços de escuta, de acolhimento e de convivência com a comunidade participante.

No artigo de Hirdes (2018), o grupo foi apontado como um lugar prioritário de atenção à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos territórios. A autora apresenta que os grupos podem mobilizar recursos sociocomunitários e desenvolver redes de apoio e de vinculação entre os participantes. Ainda, ressalta que os grupos são espaços privilegiados para as ações de apoio matricial acontecerem. As intervenções psicossociais têm como aspecto identitário o cuidado no coletivo (Costa & Lordello, 2019). Dessa forma, os grupos podem ser caracterizados como intervenções em saúde mental por se constituírem de um *locus* privilegiado que mobiliza ações coletivas no território e que fomenta relações comunitárias. Nessa proposição, os grupos são articuladores das propostas da luta antimanicomial uma vez que tensionam a lógica de cuidado individualizado e ambulatorial do modelo biomédico e psiquiátrico (Schühli & Martins, 2021).

É importante ressaltar que os grupos não estão isentos das disputas de modelos de atenção à saúde. Além disso, eles se materializam em projeto societário marcado por expressões e contradições presentes no capitalismo (Martins, 2003). Nesse cenário neoliberal, os grupos são diretamente afetados pela precarização das condições de trabalho, pelo desmonte das políticas públicas e pela exigência de atingir indicadores de produtividade que dificultam a produção de vínculos com os usuários e com o território. É possível que as atividades grupais se distanciem da sua dimensão relacional e abram espaço para práticas prescritivas e utilitaristas, sem trocas efetivas e sem protagonismo dos usuários (Schühli & Martins, 2021). Os artigos identificados que abordam a temática dos processos grupais na APS não descrevem as características específicas para o manejo das questões de saúde mental. No entanto, reforçam os grupos como dispositivos necessários para a transformação do cuidado coletivo, configurando-se como um local de produção de coletividade, de identificação e de reflexão.

Outra intervenção psicossocial observada por Garbin et al. (2021) diz respeito à articulação do cuidado de um usuário a partir da estruturação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre a Unidade Básica de Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse estudo destaca o impacto que essa ferramenta apresentou para o processo de cuidado da pessoa atendida. Os autores ressaltam que a mobilização conjunta das equipes de saúde do território, em interlocução com outras esferas intersetoriais, redesenhou o desfecho de saúde do usuário. A construção coletiva do PTS propiciou que essa mudança fosse realizada, pois se configura como um instrumento que possibilita que a pessoa seja vista em seu contexto e a partir das inter-relações que estabelece (Brasil, 2014a). Ainda, o PTS é resultado de trocas entre profissionais que compartilham e se co-responsabilizam por ações, o que evidencia sua característica interprofissional e intersetorial (Brasil, 2013b).

Os estudos selecionados para essa revisão abordaram de maneira sutil as intervenções para as demandas de saúde mental infantil. Além do destaque feito pelo estudo de Esswein et al. (2021) sobre o apoio matricial para as questões de cuidado das infâncias na APS, Eslabão et al. (2019) pontua ações de prevenção para o público infantil. O artigo apresenta a intervenção precoce como uma ferramenta de identificação pelas equipes de saúde da família de possíveis alterações no desenvolvimento global das crianças. Segundo as autoras, a perspectiva apresentada por essa intervenção é de prevenção e de responsabilização da APS pelos casos de saúde mental infantil no território. Ainda, afirmam que essa intervenção se torna qualificada com a presença de atores existentes na socialização das crianças e da atenção especializada no cuidado colaborativo.

Sem desconsiderar a relevância da intervenção mencionada, questiona-se sobre a persistência e a valorização de práticas centralizadas na busca por diagnósticos. A psicopatologização da vida e das infâncias impede que outras ações sejam realizadas no contexto da APS e que são fundamentais para o cuidado psicossocial em saúde mental do

público, tais como a prevenção das múltiplas violências e promoção da cultura de paz (Batista & Oliveira, 2017; Brasil, 2014b).

Observa-se que não há menções sobre ações desenvolvidas em conjunto com os adolescentes nas comunidades. Esse é um dado que revela a introdução tardia da pauta infanto-juvenil nos espaços de discussão e de mobilização da Luta Antimanicomial e da RPB (Couto & Delgado, 2015). Essa invisibilidade na agenda política da saúde mental brasileira apresentou inúmeros impactos para as práticas assistenciais voltadas para esse público. Por anos, atitudes segregadoras, punitivas e tutelares fizeram parte do cenário institucional de tratamento para as crianças e os adolescentes (Tavares, 2020).

Além disso, há uma cultura de invisibilização e de estigmatização das adolescências no contexto brasileiro (Mauch et al., 2022) o que pode afetar a condução do cuidado em saúde mental para esse grupo social no âmbito da APS. É urgente que os adolescentes tenham destaque nas intervenções de saúde mental no âmbito da atenção primária, reforçando a compreensão deste público como sujeito de direitos. Aponta-se como relevante que a intersetorialidade seja enfatizada como fundamento organizativo para a atenção psicossocial em saúde mental para crianças e adolescentes na APS (Fernandes et al., 2020).

Nesta revisão, o artigo de Rosa et al. (2020) caracteriza a gestão autônoma da medicação (GAM) como estratégia territorial de gestão compartilhada do cuidado em saúde mental. A pesquisa destaca a GAM como um dispositivo de produção de crítica e participativa sobre o acompanhamento realizado por usuários na UBS e no CAPS. Esse processo de reformulação reflexiva operacionaliza-se em coletivos no território com a participação de gestores dos serviços de saúde, profissionais, usuários, docentes e pesquisadores. Na conformação deste coletivo, há uma dinâmica de protagonismo, de autonomia e de aprendizagem interpessoal entre todos os participantes. É fundamental que os usuários tenham acesso às informações sobre seus tratamentos para que assim possam

reivindicar seus direitos. As autoras reforçam a existência de diálogos intersetoriais na ativação da estratégia GAM. Em um contexto histórico-cultural em que há a prevalência do paradigma biomédico e da exacerbação do uso de psicotrópicos por usuários com demandas de saúde mental, é necessário que ferramentas de tecnologias leves de cuidado sejam fortalecidas no campo da APS e da saúde mental. A GAM se estrutura como possibilidade de fomentar escuta, acolhimento e de transformar a relação dos usuários com os dispositivos das políticas públicas no território (Onocko-Campos et al., 2013).

O estudo de Mendes et al. (2022) aborda a temática sobre intervenções psicossociais na APS a partir da ótica de residentes de medicina de família e comunidade do estado de Minas Gerais. Segundo os autores, as intervenções psicossociais são consideradas como abordagens não farmacológicas para o manejo de transtornos mentais comuns (TMC) presentes na APS, tais como a sintomas depressivos e ansiosos. A pesquisa aponta que as intervenções não farmacológicas mais recomendadas e baseadas em evidências são: terapia comunitária, intervenção realizada em grupos, técnicas de respostas empáticas às emoções e entrevista motivacional. Além das práticas mencionadas, os residentes médicos citaram que as intervenções mais utilizadas na condução dos TMC foram: encaminhamentos à terapia psicológica, meditação e *mindfulness*, aconselhamentos sobre prática de atividade física e PICS (Práticas Integrativas Complementares em Saúde) e matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional.

Os dados apresentados pelo estudo de Mendes et al. (2022) evidenciam a perpetuação das estratégias de cuidado em saúde mental na APS baseadas na lógica biomédica. As condutas são centralizadas na busca por diagnóstico e por sintomas, desconsiderando a complexidade envolvida nos processos de sofrimento psicossocial (Amarante, 2007). A doença, a sua sintomatologia e a medicalização se tornam protagonistas do tratamento dos usuários que chegam na APS. Além disso, o próprio conceito de intervenção psicossocial



utilizada no artigo apresenta uma racionalidade biomédica, tendo em vista que é considerado estritamente como uma experiência não farmacológica. As intervenções psicossociais têm se caracterizado como uma modalidade de atenção que prioriza as relações dos indivíduos com seus contextos sociais (Costa et al., 2013), algo que não foi apontado na compreensão do estudo.

Outro aspecto relevante a ser considerado é com relação às intervenções mencionadas, especialmente o encaminhamento à terapia psicológica. Durante a leitura do texto, não fica compreensível se esse encaminhamento é para serviços de acompanhamento psicológico externos à UBS. Diante deste resultado, torna-se necessário tensionar a cultura enraizada de que profissionais da psicologia realizam acompanhamento psicoterápico na APS. Esse formato tradicional de psicoterapia não é a proposta assistencial construída para os profissionais da psicologia que ocupam esse espaço, embora haja uma histórica concepção biologizante e individualizada que marca o trabalho da psicologia hegemônica (Costa & Mendes, 2021). A dimensão do trabalho da psicologia na APS se ancora fundamentalmente nos princípios do SUS. Nesse sentido, os profissionais dessa área apresentam como compromisso ético-político o desenvolvimento de atenção integral às coletividades e a garantia de direitos a partir de ações promotoras de saúde com as comunidades (CFP, 2019).

A maior parte das intervenções citadas pelos estudos incluídos nesta revisão são decorrentes de pesquisas com caráter propositivo, o que reforça o compromisso social da ciência como produtora de conhecimento e de transformação da realidade (Costa & Lordello, 2019). A principal ferramenta interventiva identificada nos nove estudos que compõem a amostra desta revisão foi o dispositivo de encontro, que se apresenta com variações e especificidades de acordo com a proposta de cada estudo. A pesquisa de Cordeiro et al. (2020) utiliza como estratégia oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS) com Agentes Comunitários de Saúde com o objetivo de promover espaço de troca e criação

coletiva entre os trabalhadores no processo de cuidado integral ao usuário em sofrimento psíquico. Oliveira et al. (2019) também aposta na ferramenta da EPS como forma de qualificar as ações preventivas realizadas pelos ACS no que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas nos territórios. O estudo relata a experiência de um processo formativo realizado na modalidade à distância.

De forma similar, a pesquisa de Cavalcanti e Severo (2023) descreve a utilização de rodas de conversa presenciais entre os ACS para debater e discutir sobre a temática do uso de drogas e as ações de redução de danos realizadas no território. As autoras reforçam a potencialidade de espaços coletivos na APS, como a EPS, para dar sustentação e continuidade à política de Redução de Danos como estratégia de cuidado em saúde mental com a comunidade. O estudo de Fornereto et al. (2023) descreve a EPS como ferramenta fundamental para oferecer espaço de diálogo entre profissionais do Nasf-ab e do CAPS e para fortalecer a articulação da RAPS.

Ancorada na perspectiva da pesquisa-intervenção, Paulon et al. (2018) retrata a experiência de encontros entre profissionais da equipe de saúde da família, usuários e gestores como estratégia para qualificar as ações de saúde mental na APS. O estudo destaca que esses espaços coletivos produzem outras formas de operar o cuidado em saúde mental: por trocas afetivas significativas e pela construção permanente de pontos de apoio e vínculo no território. As autoras Sivinski e Schenkel (2018) relatam o desenvolvimento de grupos e rodas de conversa entre gestores, trabalhadores e usuários da RAPS com o objetivo semelhante de potencializar e dar visibilidade para as questões de saúde mental na APS. Por apresentar características democráticas e participativas, os encontros contaram com uma expressiva participação comunitária. Esses coletivos também foram utilizados para fomentar debates sobre questões centrais que dificultam a produção de cuidado em saúde mental a partir da lógica intersetorial. O artigo de Londero e Soares (2018) identifica processos

dialógicos entre pesquisadores, usuários, trabalhadores, familiares e gestores de saúde como forma de compartilhar experiências de cuidado psicossocial em saúde mental na APS. Essas trocas se tornam importantes, tendo em vista que muitas vezes não são valorizadas no cotidiano do trabalho.

Lourencetti et al. (2023) apresenta uma proposta de intervenção coletiva, utilizando como base a ciência da implementação, para que trabalhadores das equipes de saúde da família reconheçam a magnitude da demanda de usuários com questões de saúde mental. Os autores discutem como a estratégia *audit e feedback*, implementada em formato colaborativo, pode mobilizar os trabalhadores a identificarem que os usuários não estão recebendo acompanhamento adequado e integral. O estudo de Oliveira et al. (2021) foi sustentado pela utilização de coletivos entre profissionais de saúde da eSF e do CAPS com o intuito de promover discussão e análise sobre as práticas envolvidas no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes na APS. Nesse processo de discussão coletiva, o apoio matricial foi identificado como dispositivo tecnológico capaz de oferecer interlocução e diálogo entre os trabalhadores da RAPS para a saúde mental das infâncias e das adolescências.

As intervenções em saúde mental destacadas por essa revisão integrativa abordam os aspectos constitutivos das ações psicossociais. A dimensão eminentemente coletiva, colaborativa e que aposta na construção conjunta com o território e com a comunidade caracteriza a intervenção psicossocial. Além disso, a corresponsabilização entre os atores da rede, o desenvolvimento de práticas intersetoriais e a relevância observada nos aspectos sociais, históricos e culturais fazem parte das propostas psicossociais. Os dados analisados por esse artigo apresentam o apoio matricial, a Educação Permanente em Saúde e a gestão compartilhada do cuidado em saúde mental como caminhos psicossociais a serem percorridos para o fortalecimento da saúde mental na ESF. As pesquisas com propostas interventivas têm

destacado o papel dessas ferramentas de encontro e de diálogo para a qualificação do cuidado integral em saúde mental na APS.

Essa revisão se torna relevante por também evidenciar quais são as potencialidades percebidas a partir do desenvolvimento das ações psicossociais na APS elencadas pelos estudos. Além disso, objetiva-se destacar os elementos que dificultam a implementação dessas propostas. As próximas seções serão destinadas a apresentar esses resultados.

## **Potencialidades Encontradas**

### ***Apoio Matricial como estratégia central para o cuidado em saúde mental na APS***

Os artigos destacam o apoio matricial como uma intervenção psicossocial estruturante para o cuidado em saúde mental na APS. Essa ferramenta se torna estratégica na condução dos casos de saúde mental no território, uma vez que favorece a interação entre as equipes da atenção primária e da especializada. Essa interlocução desejável entre os atores da rede intra e intersetorial fortalece a construção compartilhada de cuidado com o objetivo de superar a lógica de encaminhamento tão presente no cotidiano dos serviços de saúde (Eslabão et al.2019; Fornereto et al., 2023).

O processo dialógico e educativo entre os profissionais é um aspecto basilar na constituição do apoio matricial em saúde mental (Hirdes, 2018). A possibilidade de desenvolver em conjunto com as equipes uma visão coletiva e comunitária dos processos de saúde mental também faz parte das ações de matriciamento. Esse dispositivo de cuidado tensiona o histórico modelo de saúde pautado na perspectiva biomédica e investe na abordagem psicossocial e no trabalho interprofissional. Além de ser uma ferramenta pedagógica relevante para as ações em equipe, o apoio matricial é considerado como uma estratégia interventiva para a gestão de saúde no território (Tavares et al., 2023).

Os dados desta revisão apontam para a facilidade de implementação do apoio matricial nos serviços de saúde. O matriciamento é uma prática que pode ser trabalhada com

toda a equipe de saúde, tendo em vista sua característica voltada para a interprofissionalidade (Hirdes, 2018). Pinheiro e Kantorski (2021) reforçam essa perspectiva quando ressaltam a potencialidade do trabalho dos profissionais da enfermagem como facilitadores para a entrada do apoio matricial nas equipes de saúde da família. A pesquisa também pontua que os trabalhadores da área são estratégicos para inserir as ações coletivas nas eSF pois apresentam uma vinculação importante com os outros profissionais.

O estudo de Tavares et al. (2023) discute que as ações de matriciamento são de fácil aplicação no cotidiano dos serviços e que não necessitam de grandes recursos tecnológicos para a sua operacionalização. Outra vantagem importante descrita por Fornereto et al. (2023) é o fato do matriciamento ser considerado como um dispositivo promotor de qualidade e integralidade do cuidado em saúde mental, especialmente quando ocorre de forma longitudinal e programada.

Com relação às demandas de saúde mental infanto-juvenil, Oliveira et al. (2021) reafirma a potencialidade do apoio matricial para os processos de trabalho, uma vez que provoca rupturas e ressignificação das práticas realizadas. Por sua característica colaborativa, o matriciamento propicia que atores sejam acionados para a construção coletiva do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. A pesquisa Esswein et al. (2021) evidencia que o apoio matricial se configura como um dispositivo necessário por viabilizar que as ações de saúde mental infantil sejam realizadas no contexto da APS. Para as autoras, o matriciamento, no contexto das infâncias, fortalece a articulação entre os atores do território e convoca um modo de atuação intersetorial e interprofissional.

Para as questões relacionadas à álcool e outras drogas nas comunidades, o apoio matricial tem efetividade reconhecida pelas autoras Lavezzo et al. (2023). De acordo com o estudo, o matriciamento representa uma tentativa de ampliar as intervenções para as demandas relacionadas ao uso de drogas, pois se baseia em práticas interprofissionais. O

diálogo interprofissional é um facilitador para a qualificação das intervenções psicossociais no âmbito da APS. A robustez dessa ferramenta se concretiza em diversos formatos, como por exemplo em discussão de casos, em atendimentos compartilhados e em construção de PTS expandido com a rede socioassistencial do território.

É importante ressaltar que, apesar dessa revisão defender que o apoio matricial se configura como recurso central para operacionalizar o cuidado em saúde mental na APS, ele não é utilizado de maneira isolada de outros instrumentos. A seção seguinte tem como intuito descrever outra proposta de cuidado que em conjunto com o matriciamento ganha forças para fortalecer a defesa do cuidado de base territorial.

### ***Educação Permanente em Saúde: construindo territórios de cuidado psicossocial***

Os resultados dessa revisão elucidaram que o manejo para as questões de sofrimento psicossocial no âmbito da atenção primária se faz presente por meio da viabilização de espaços de trocas, de discussões e de compartilhamento. A Educação Permanente em Saúde (EPS) teve uma representação importante nos estudos selecionados. Essa relevância é marcada pela oportunidade de proporcionar aos trabalhadores da APS reflexão sobre as práticas cotidianas e os processos de trabalho estabelecidos para as demandas de saúde mental. Ainda, a EPS estimula o desenvolvimento de relações afetivas e o compartilhamento entre os diferentes atores sobre a realidade dos serviços de saúde (Cordeiro et al., 2020). Esse fortalecimento provocado pela EPS entre os membros que participam dessa proposta otimiza a comunicação e elaboração de intervenções compartilhadas (Oliveira et al., 2021).

O estudo de Fornereto et al., (2023) revela a utilização da EPS como um caminho para efetivar a assistência integral aos usuários com demandas de saúde mental e para qualificar o cuidado em rede. Outra vantagem percebida pela efetivação da EPS é auxiliar no reconhecimento dos serviços de saúde quanto ao seu papel no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Essa corresponsabilização dos dispositivos de saúde com relação às

questões de saúde mental é essencial para construir relações baseadas na lógica interprofissional.

Há um imaginário social que reafirma que as conduções das demandas de saúde mental necessitam ser manejadas com a utilização de estratégias específicas por determinadas categorias profissionais. Os aspectos pedagógicos da EPS provocam constantes reflexões acerca dessa perspectiva fragmentada. Além disso, facilitam que os trabalhadores da APS reconheçam as tecnologias leves de cuidado, como o acolhimento e o vínculo, como dispositivos para o cuidado em saúde mental (Fornereto et al. 2023). Essa valorização de recursos territoriais da ESF oportuniza a construção de ações coletivas com a comunidade e fortalece a defesa do cuidado em liberdade (Cordeiro et al., 2020). As tecnologias leves de cuidado são recursos que também consolidam a APS como nível de atenção fundamental para o cuidado em saúde mental.

Com relação às demandas de álcool e outras drogas os ganhos foram semelhantes aos artigos supracitados. Oliveira et al. (2019) destaca que a proposta de EPS com os agentes comunitários foi potencialmente significativa, tendo em vista que impulsionou a ressignificação de concepções e práticas estigmatizantes. Além disso, a EPS forneceu subsídios para aprimorar as intervenções realizadas pelos ACS, especialmente no que diz respeito ao acolhimento, à identificação e ao acompanhamento de casos. Nesse sentido, as autoras defendem que a EPS se caracteriza como um instrumento estratégico para garantir atuações no território orientadas pela abordagem psicossocial e da redução de danos.

As discussões sobre a formação dos profissionais de saúde têm sido uma pauta presente desde os tensionamentos provocados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 2004, considerando a competência do SUS em formar recursos humanos na área da saúde, a EPS tornou-se uma política do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) reitera o

compromisso social, político e ético do SUS em investir em processos formativos dos profissionais e trabalhadores da área da saúde (Brasil, 2004).

Com a perspectiva de partir da realidade e da concretude dos próprios serviços, a EPS se constrói por meio de dispositivos de reflexão sobre as práticas do cotidiano com vistas a problematizar o cuidado operado (Sousa et al., 2020). Considerando esses aspectos, há uma diferença significativa entre os processos de formação que têm a Educação Continuada (EC) como base. As iniciativas com características da EC apresentam como objetivo atualizar conhecimentos técnicos a partir de modelos tradicionais e pontuais de ensino (Vieira, 2014). Por considerar as especificidades de cada serviço de saúde, a EPS pode ser desenvolvida em inúmeros formatos: discussões de caso em equipe, ações conjuntas de matriciamento, processos formativos internos ou externos às unidades de saúde, aproximação ensino-serviço e atividades coletivas no território. No entanto, o trabalho interprofissional e a garantia de espaços de trocas devem ser assegurados na utilização da EPS (Ferreira et al., 2019).

### ***A cogestão do cuidado em saúde mental a partir da APS***

Os artigos selecionados para esta revisão evidenciaram algumas vantagens de as intervenções psicossociais em saúde mental serem construídas de forma conjunta com os atores do território. De forma geral, as práticas coletivas e intersetoriais em saúde mental realizadas no âmbito da APS são notáveis por contribuir para a promoção da cidadania e a construção da autonomia dos usuários (Eslabão et al., 2019). Além disso, conforme pontuado por Hirdes (2018), as atividades desenvolvidas com as comunidades e em território potencializam a construção de redes interprofissionais. Observa-se que o trabalho desenvolvido em rede se concretiza a partir da corresponsabilização e da cogestão do cuidado entre diferentes atores (Bermudez & Siqueira-Batista, 2017; Castro & Campos, 2016).

A denominação cogestão do cuidado tem como pilar a Política Nacional de Humanização (PNH) e se refere ao compromisso ético, político e social de mobilizar a



participação de diferentes sujeitos no processo de cuidar (Brasil, 2012). Esse processo participativo que inclui profissionais, gestores, usuários e a comunidade ganha forças no contexto da APS. A atenção primária enuncia-se como ordenadora e coordenadora do cuidado, ou seja, a APS se propõe a ser a principal comunicadora e articuladora da rede. Dessa forma, essa revisão evidenciou que as intervenções psicossociais em saúde mental fazem parte da proposta de cuidado da APS por meio do diálogo em rede.

O cuidado em saúde mental articulado em rede e realizado de forma compartilhada foi apresentado por Fornereto et al. (2023). Para o estudo, a articulação entre os serviços possibilitou a troca de saberes e de experiências entre os atores, produzindo transformações na realidade das equipes e das comunidades. As autoras apontam que, devido ao cenário pandêmico e a necessária reconstrução dos dispositivos de saúde, foi possível estabelecer maiores contatos entre os equipamentos existentes no território a partir do uso de ferramentas digitais.

Garbin et al. (2021) também discute que os encontros de rede realizados entre os trabalhadores da saúde provocaram uma melhor compreensão sobre o processo de saúde mental de um usuário atendido na APS. Ainda, esse trabalho compartilhado permitiu que os profissionais construíssem propostas coletivas de cuidado em território. Nesse artigo, o PTS foi reconhecido como instrumento viabilizador da articulação do cuidado em rede. Com relação às demandas de saúde mental infanto-juvenil, os trabalhos de Esswein et al. (2021) e Oliveira et al. (2021) enfatizam a necessidade de as intervenções serem realizadas de forma intersetorial, considerando as premissas do Sistema de Garantia de Direitos para crianças e adolescentes.

A pesquisa de Paulon et al. (2018) reforça que a concepção de trabalho em rede vai além dos serviços de saúde. Nesse sentido, o diálogo articulado é potencializado quando se valoriza os conhecimentos regionais, comunitários e a sabedoria popular das comunidades.

De forma convergente, o artigo de Sivinski e Schenkel (2018) argumenta sobre a relevância do envolvimento de associações e de outros atores importantes na comunidade para a efetivação do cuidado em saúde mental na APS.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é também referenciada pelo artigo de Rosa et al. (2020) como uma ferramenta coletiva de cogestão do cuidado em saúde mental. Ao longo dos encontros, os usuários são reconhecidos como protagonistas do acompanhamento de saúde e como sujeitos de direitos. Nesse caminho, o cuidado não se configura como algo privativo do profissional de saúde, mas como parte de um processo de pertencimento, de vínculo e de autonomia. Além disso, as autoras reforçam a estratégia GAM como um espaço disparador para a construção coletiva entre trabalhadores, usuários e gestores dos diferentes pontos da rede. Esse caráter articulador da estratégia possibilita que os usuários se vinculem a outros dispositivos presentes na comunidade.

Outra vantagem percebida com a utilização da GAM foi ser reconhecida como um lugar de acolhimento para as experiências sobre o uso de álcool e outras drogas na APS. Dessa forma, os usuários conseguiram narrar a respeito de diferentes arranjos que realizam em relação ao uso de substâncias com as medicações prescritas. Nesse sentido, a GAM tem como potencialidade oferecer ações de redução de danos no território e expandir a proposta de cuidado integral da APS. Esse dado reafirma a importância dos dispositivos de saúde assegurarem a existência e a formação de espaços de cogestão, tendo em vista que é a partir deles que muitas demandas complexas podem surgir e serem direcionadas a um cuidado compartilhado.

### **Barreiras Identificadas**

Durante a revisão, foram mapeadas diversas barreiras à implementação e à manutenção de intervenções psicossociais no cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Para facilitar a leitura e a compreensão, foram selecionadas algumas barreiras, que são

evidenciadas por práticas no contexto laboral. Vale lembrar que, embora as barreiras elencadas se mostrem representativas e perpassem o cuidado em saúde mental na APS de forma significativa, existem outros aspectos dificultadores que influenciam no processo de gestão e cuidado. Neste artigo, optou-se por trabalhar com foco nas seguintes barreiras: o modelo biomédico, a desintegração da rede, a falta de espaços formativos, a precarização dos processos de trabalho da APS e da RAPS.

A partir da compreensão de que o modelo biomédico se mostra na concretude do cotidiano no âmbito da saúde, é fundamental atentar-se a práticas que denunciem o impacto desse olhar enraizado nos processos de trabalho. Dentre as evidências desse modelo na rotina de trabalho, os artigos destacam a centralização do médico em detrimento da composição interdisciplinar da equipe nos processos de cuidado (Hirdes, 2018; Oliveira et al., 202; Paulon et al., 2018). Os estudos de Eslabão et al. (2019), Hirdes (2018) e Paulon et al. (2018) dialogam ao evidenciar que a qualidade do cuidado se perde quando os saberes estão compartimentalizados. Ainda, as autoras identificam que o foco na resolução de demandas específicas dos usuários pode denunciar uma perspectiva ambulatorial vigente no serviço em detrimento da psicossocial.

Para o artigo de Sivinski e Schenkel (2018), o tratamento ambulatorial tem sua representação no encaminhamento excessivo a outros níveis de atenção e na medicalização constante dos usuários como forma de silenciar questões de saúde mental (Eslabão et al., 2019; Paulon et al., 2018). A pesquisa também expõe como o acompanhamento longitudinal do usuário na APS tem se instrumentalizado por meio de renovações de receitas, o que acaba por fragilizar e cronificar o cuidado psicossocial e de base territorial das questões de saúde mental.

Além disso, outro indicativo dessa barreira se mostra na ausência ou insuficiência de espaços possibilitadores de produção de vida aos usuários, ou seja, que proporcionem

pertencimento, criação de vínculos comunitários e fortalecimento da autonomia. Em serviços nos quais a saúde não é compreendida de forma integral, as intervenções em saúde mental ocorrem apenas em momentos de crise, o que fortalece uma lógica farmacológica alheia às possibilidades de produção de vida (Londero & Soares, 2018).

A carência de espaços formativos se destaca nos estudos enquanto barreira significativa para o cuidado em saúde mental de forma geral (Londero & Soares, 2018; Fornereto et al., 2023; Cordeiro et al., 2020; Paulon et al., 2018; Lavezzo et al., 2023). A ausência desses momentos impossibilita que o cuidado em saúde seja construído de forma colaborativa e contínua por seus atores. A mecanização do trabalho, entendida como um dos aspectos que se sobressai quando os profissionais não realizam trocas entre si, fortalece a permanência da lógica biomédica nos processos de cuidado em saúde mental. Diante a complexidade e a diversidade de questões inerentes à promoção da saúde, a literatura destaca que os profissionais inseridos nesse cenário necessitam de momentos de reflexão e reorganização de seus processos de trabalho como forma de se apropriarem de relações interprofissionais (Pinheiro et al., 2019).

Os estudos de Eslabão et al. (2019), Londero e Soares (2018) e Paulon et al. (2018) apontam que a interprofissionalidade se torna limitada com a fragilização de práticas psicossociais em saúde mental nos serviços, como ações de Educação Permanente em Saúde e articulação entre os atores da rede. A ausência dessas ferramentas impede o diálogo, consolidando um processo de cuidado desalinhado e não integrado.

Além disso, a sensação de despreparo dos profissionais para lidar com casos de saúde mental tornou-se evidente enquanto aspecto dificultador nesse processo, e muito se vincula à falta de conhecimento e formação na temática (Paulon et al., 2018; Sivinski & Schenkel, 2018). Tais realidades podem ser repensadas e modificadas pelo apoio matricial e pela Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007b; Brasil, 2008). Entretanto, estudos destacam

que o apoio matricial não está sendo desenvolvido, devido à ausência de conhecimento sobre tal estratégia, sua proposta e sua operacionalização, causando insegurança nas equipes acerca de sua aplicação (Hirdes, 2018; Tavares et al., 2023).

Partindo da ideia da indissociabilidade entre o gerir e o cuidar (Morschel & Barros, 2014), a compreensão da organização do trabalho das equipes da Atenção Primária mostra-se fundamental para a compreensão das características do cuidado oferecido. Acerca da gestão e organização dos processos de trabalho, os estudos trouxeram uma realidade marcada por um modelo de gestão verticalizado (Fornereto et al., 2023). Por conseguinte, são evidentes a fragilidade dos vínculos de trabalho, o enfraquecimento da comunicação intra e intersetorial e a alta rotatividade de profissionais (Londero & Soares, 2018; Tavares et al., 2023; Fornereto et al., 2023). Além disso, o olhar ambulatorial e a cobrança produtivista impedem a realização de intervenções com base psicossocial e impacto no cuidado coletivo em saúde mental (Tavares et al., 2023; Mendes et al., 2022).

A desintegração da rede de cuidado em saúde mental também se coloca enquanto barreira significativa para o desenvolvimento de intervenções psicossociais, em detrimento do compartilhamento do cuidado, proposto na portaria que estabelece as diretrizes da eMulti (Brasil, 2023). Essa barreira pode ser identificada através da percepção de uma relação fragilizada entre as Unidades Básicas de Saúde e os CAPS, que pode se explicitar por uma realidade unilateral de encaminhamentos entre os níveis de atenção, sem diálogo e sem trocas (Eslabão et al., 2019; Cordeiro et al., 2020; Paulon et al., 2018; Lourencetti et al., 2023; Sivinski & Schenkel, 2018; Londero & Soares, 2018). Essa realidade de encaminhamentos excessivos, aliada à fragilização da RAPS, resulta na precarização do cuidado psicossocial em saúde mental na APS, conforme evidenciado nos estudos de Eslabão et al. (2019), Londero e Soares (2018) e Fornereto et al. (2023).

Outro ponto importante destacado pela pesquisa de Sivinski e Schenkel (2018) é a constante descaracterização do aspecto constitutivo do trabalho em rede que, ao longo do tempo, torna-se um conjunto de pontos de distribuição dos usuários por tipo de adoecimento. Além disso, os autores Londero e Soares (2018) discutem que uma rede de cuidado em saúde mental fragilizada se mostra pouco efetiva e sustenta práticas manicomiais e medicalizantes. De acordo com o princípio da territorialização, os serviços de saúde devem se organizar e planejar intervenções a partir do reconhecimento da realidade do território no qual estão inseridos. Ainda, o descortinamento do contexto territorial torna-se imperativo no sentido de compreender quais as relações estabelecidas entre os dispositivos da rede e a comunidade (Brasil, 2017). Nessa perspectiva, a falta de integração intersetorial dos serviços de saúde com atores relevantes da comunidade evidencia uma fragilização do cuidado em rede (Eslabão et al., 2019).

Compreender as barreiras e as suas manifestações torna possível refletir e caminhar em outras direções. Os dificultadores ressaltados por essa revisão transpassam todo o processo de cuidado em saúde mental e mostram-se significativamente correlacionados, embora elencados separadamente para fins didáticos. Por exemplo, uma forma de gestão que impede o tensionamento e a troca, impede a construção de novas formas de cuidado. Ao passo em que há a elaboração colaborativa e contínua de mecanismos de reflexão acerca das práticas cotidianas em saúde por parte dos profissionais, há oportunidades e alternativas para promover mudanças na construção do cuidado (Sousa et al., 2020). Dessa forma, é na idealização, na organização e na manutenção coletivas dos processos de trabalho que se deve buscar operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013c). Ao passo em que as práticas interprofissionais se colocam enquanto ferramenta para superação dessas barreiras, conclui-se que a viabilização da interprofissionalidade por meio de processos de

trabalho e de cuidado deve ser constantemente fortalecida e revisitada, de forma colaborativa e com a participação de todos os atores sociais envolvidos.

### **Considerações finais**

Ao concluirmos essa revisão de literatura, se torna nítido que o próprio Sistema Único de Saúde tem as respostas que são necessárias para o aprimoramento das intervenções reveladas pelos artigos selecionados, desenvolvidas para o acompanhamento em saúde mental na APS numa perspectiva psicossocial territorializada. As tecnologias leves de cuidado e os dispositivos de encontro, com arranjos diferenciados, mas com a preservação do aspecto coletivo, caracterizam-se como estratégias que fortalecem o cuidado psicossocial em saúde mental na APS.

Destacamos que o tripé psicossocial da APS - o apoio matricial, a Educação Permanente em Saúde e as ferramentas de cogestão do cuidado - constitui-se de ações de caráter interprofissional, o que evidencia a importância de fomentar o trabalho colaborativo no âmbito da saúde mental. A facilidade de implementação e a possibilidade de serem utilizadas por toda a equipe de saúde são atributos que reforçam a importância do investimento destas práticas no cotidiano dos serviços.

Um dos principais fundamentos de atuação da APS é acionar o território por meio da coordenação e ordenação do cuidado, isto é, operar em articulação com os dispositivos presentes nas comunidades. Nesse sentido, apontamos que o cuidado psicossocial em saúde mental se produz a partir da APS que está em constante integração com outros pontos da rede. O apoio matricial, a Educação Permanente em Saúde e a cogestão do cuidado não se reduzem às propostas da APS. Essas ferramentas encontram suas potencialidades na articulação com outros dispositivos e agentes atuantes nos territórios.

Por outro lado, essa revisão de literatura identificou alguns entraves que desfavorecem a manutenção de intervenções psicossociais no cuidado em saúde mental na APS. O que tem

sido barreira e precisa ser revisto de forma urgente é o modelo de gestão que impede que se realize o que já está preconizado. Os principais entraves identificados constituem-se no modelo biomédico, na desintegração da rede, na falta de espaços formativos e na precarização dos processos de trabalho da APS e da Atenção Psicossocial Especializada, tendo os CAPS como os principais pontos de atenção. Entende-se a urgência de conhecer também as barreiras e como estas se concretizam, para, assim, refletir sobre as possibilidades de construir novas formas de cuidado.

Embora seja fundamental identificar as barreiras e debruçar-se na teoria, é transformador refletir sobre o que pode potencializar o cuidado em saúde mental de forma prática, no cotidiano das realidades alcançadas pela Atenção Primária à Saúde. Fortalecidas pela interprofissionalidade (e fortalecedoras da mesma), esta revisão conclui que a educação permanente em saúde e o apoio matricial representam estratégias significativas orientadoras dos processos de gestão e cuidado, para que mais intervenções psicossociais sejam implementadas e desenvolvidas no cuidado, de forma efetiva.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Editora Fiocruz.
- Batista, K. A., & Oliveira, P. R. S. (2017). A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-17.  
[http://www.seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/2648](http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/2648)
- Bermudez, K. M., & Siqueira-Batista, R. (2017). “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 904- 919. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>
- Brasil. (2004). *Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras



- providências. Ministério da Saúde.
- <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Brasil. (2007a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>
- Brasil. (2007b). *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)
- Brasil. (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizassus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_basica.pdf)
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Humaniza SUS: Gestão Participativa e Cogestão. 1. Ed. 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28_v1.pdf)
- Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Brasil. (2013c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão*

- em todas as esferas do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
- Brasil. (2014a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)*/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
- Brasil. (2014b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. - Brasília: Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)
- Brasil. (2015). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
- Brasil. (2017). *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.
- [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023. *Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde*. Diário Oficial da União: seção I, Extra B, Edição: 96-B, p. 11-18.
- <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
- Campos, G. W. S. (2018). SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1707-1714. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>
- Castro, C. P., & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*:

- Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 455- 481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
- Cavalcanti, A. C. S., & Severo, A. K. (2023). Concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde direcionadas a demanda de álcool e outras drogas no território da Borborema potiguar. *Saúde e Sociedade*, 32(4), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220299pt>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2. ed. Brasília. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP\\_atencaoBasica-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf)
- Cordeiro, P. R., Mendes, R., & Liberman, F. (2020). Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. *Saúde em Debate*, 44(spe 3), 210-222. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>
- Costa, L.F., Penso, M. A., Junqueira, E. L., Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C., & Bravin, C.S. (2013). Atendimento às famílias e contexto de grande complexidade. In M. R. Seixas, & M. L. Dias (Eds.), *A violência Doméstica e a Cultura da Paz* (pp. 125-135). São Paulo: Roca.
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 738- 750. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170188>
- Costa, P. H. A. & Lordello, S. R. (2019). Psicologia e a realidade brasileira: notas preliminares para uma práxis psicossocial. In C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz. (Orgs), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea – Volume 4*, (pp. 37-52). Brasília: Technopolitik. [http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/PsiClin4\\_07mar20P.pdf](http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/PsiClin4_07mar20P.pdf)
- Costa, P. H. A., Mendes, K. T. (2021). A miséria da Psicologia Brasileira: subordinação ao capital e colonização-dependência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(2), 1-17. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082021000200009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000200009)
- Costa, P. H. A. (2024). *Saúde mental e luta: A luta (é) por saúde mental*. Usina Editorial.

- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- David, E. C., Vicentin, M. C. G., & Schucman, L. V. (2024). Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 29(3), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04432023>
- Dias, M. S. A., Rodrigues, P. V., Moita, M. P., Silva, L. C. C., & Brito, M. C. C. (2023). Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2303-2312. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023>
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006)
- Eslabão, A. D., dos Santos, E. O., Santos, V. C. F., Rigatti, R., de Mello, R. M., & Schneider, J. F. (2019). Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), 1-23. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.11106>
- Esswein, G. C., Rovaris, A. F., Rocha, G. P., & Levandowski, D. C. (2021). Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3765-3780. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.15602019>
- Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2311-2322. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>
- Farias, D. N., Ribeiro, K. S. Q., Anjos, U. U., & Brito, G. E. G. (2018). A interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família.

- Trabalho, Educação, Saúde*, 16(1), 141-161. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725-740. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43(120), 223-239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Fórnereto, A. P. N., Sousa, D. F., & Martini, L. C. (2023). Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, 1-19. <https://doi.org/10.1590/interface.220221>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Furtado, J. P. (2011). Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-11. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68439>
- Garbin, A. C., Chioro, A., Pintor, E. A. S., Marques, M. S., Branco, M. A. C., & Capozzolo, A. A. (2021). Loucura e o trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(12), 5977-5985. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15142021>
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
- Hirdes, A. (2018). Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde em Debate*, 42(118), 656-668. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811809>
- Lavezzo, B. O., Horr, J. F., De Micheli, D., Silva, E. A., & Reichert, R. A. (2023). Atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2128>

- Londero, M. F. P., & Soares, L. Q. (2018). Análise de Implicações: Uma Potência Problematicadora aos Pesquisadores Supostamente “Sabidos”. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 144- 163. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80424>
- Lourencetti, A. L. S., Saidel, M. G. B., Treichel, C. A. S., Presotto, R. F., Silva, M. C., Santos, D. S., & Onocko-Campos, R. (2023). Uso de Audit and Feedback: lições de uma pesquisa de implementação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE02627>
- Martins, S. T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 201-217. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100011>
- Mattioni, F. C., & Rocha, C. M. F. (2023). Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2173-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05752023>
- Mauch, A. G. D., Nepomuceno, G. M., & Lordello, S. R. (2022). Silêncios que Ecoam: Narrativas Grupais de Adolescentes Usuárias de um CAPSi a Respeito de Aspectos Relacionais do Gênero Feminino. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 11(2), 22-36. [doi.org/10.55388/psicofae.v11n2.389](https://doi.org/10.55388/psicofae.v11n2.389)
- Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M., & Limeira, R. M. N. (2018). Dez anos dos NASF: problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*, 42(1), 328-340. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
- Mendes, F. D. M., Campos, E. M. S., & Wenceslau, L. D. (2022). Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na medicina de família e comunidade. *Revista de APS*, 25, 109 - 134. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35467>
- Minoia, N. P., & Minozzo, F. (2015). Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1340-1349. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>
- Moliner, J., & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1072-1083. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>
- Morosini, M. V. G. C., & Fonseca, A. F. (2018). Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate*, 42(spe), 261- 274. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>

- Morschel, A., & Barros, M. E. B. (2014). Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 928-941. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300016>
- Nocetti, N. C., & Leal, R. J. (2023). Práticas de Cuidado em Saúde Mental de Mulheres por Agentes Comunitárias de Saúde de um Centro Saúde Escola do Município do Rio de Janeiro. *Revista de APS*, 26. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.38239>
- Oliveira, M. G., Sousa, C. M., Vargas, C. R. M., Oliveira, D. M., Lima, M. G., & Gussi, M. A. (2019). Educação à distância como recurso para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para intervenções preventivas relacionadas ao álcool e outras drogas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 13(1), 48-61. <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1593>
- Oliveira, P. S., Santana, F. R., Júnior, J. R. G., Santos, K. S., Araújo, P. N., & Fortuna, C. M. (2021). Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016803731>
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
- Paim, J. S (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Paulon, S. M., Protazio, M. M., & Tschiedel, R. (2018). “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 6-32. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80412>
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(04), 977-983. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
- Pinheiro, M. C. C., Hypólito, A. L. M., & Kantorski, L. P. (2019). Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. *J. Nurs. Health*, 9(2), 1-15. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13661>



- Pinheiro, G. E. W., & Kantorski, L. P. (2021). Contribuições do enfermeiro para o apoio matricial em saúde mental na atenção básica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, e49, 1-22. <https://doi.org/10.5902/2179769253339>
- Pinho, A. R. I., & Lordello, S. R. M. (2023). Atendimento à violência sexual no contexto de políticas públicas: Uma revisão integrativa. *Interação em Psicologia*, 27(2), 220-230. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v27i2.86304>
- Queiroz, I. S., Jardim, O. M., & Alves, M. G. D. (2016). “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 650-668. [http://www.seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/1963](http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/1963)
- Rybka, L. N., Nascimento, J. L., & Guzzo, R. S. L. (2018). Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia*, 35(1), 99-109. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100010>
- Rosa, E. Z., Vicentin, M. C. G., Avarca, C. A. C., & Sereno, D. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 76-98. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103447>
- Saffer, D. A., & Barone, L. R. (2017). Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(03), 813- 833. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300022>
- Schühli, V. M., & Martin, S. T. F. (2021). Trabalho com grupos nos Centros de Atenção psicossocial: contribuições da psicologia histórico-cultural e da psicologia social latino-americana. In: Bellenzani, R., & Carvalho, B. P. (Orgs), *Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: pesquisas implicadas*, pp. 65-124. Ed. UFMS.
- Sivinski, T. C., & Schenkel, J. M. (2018). Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental: Balançando as Redes da Saúde. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 52- 71. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80417>
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Rev Port Enf Reab*, 1(1), 45-54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Sousa, F. M. S., Severo, A. K. S., Félix-Silva, A. V., & Amorim, A. K. M. A. (2020). Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(01), 1-21. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300111>



- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Souza, F. E., & Ronzani, T. M. (2018). Desafios às práticas de redução de danos na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e37383>
- Tavares, J. N. (2020). O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde. *Saúde em Debate*, 44(127), 1176-1188. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012717>
- Tavares, A. L. B., Neto, L. L. S., Campos, E. M., & Fortes, S. (2023). Desafios e potencialidades na implantação de uma experiência de matriciamento em saúde mental na atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, 18(45), 1-11. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3726](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3726)
- Treichel, C. A. S., Onocko Campos, R., & Campos, G. W. S. (2019). Impasses e desafios para a consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface*, 29, 1-18. <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>
- Vieira, A. G. R. (2014). Educação permanente: (re)vendo conceitos. *Revista Educação, Cultura e Sociedade*, 3(2), 179-193. <https://doi.org/10.30681/ecs.v3i2.1239>
- Virgens, J. H. A., & Teixeira, C. F. (2022). Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. *Saúde em Debate*, 46(133), 534-550. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213320>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis E Psique*, 8(1), 173–190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

### **Manuscrito 3 - Saúde Mental e Equipes Multiprofissionais: Conhecendo os caminhos interprofissionais na APS**

#### **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma das principais estratégias para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como modelo preferencial de expansão da APS nos municípios brasileiros, tem representado uma ferramenta de ampliação do direito e do acesso à saúde na medida em que oferece às comunidades um redirecionamento de uma assistência integral e familiar (Brito et al., 2022). Com a presença institucional da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, a ESF passa a ser nacionalmente reconhecida como modelo estratégico de expansão da APS, proporcionando melhorias do acesso e da longitudinalidade do cuidado para os territórios (Brasil, 2017).

Este novo modelo preconiza a composição da APS com equipes de saúde da família (eSF), equipes de saúde bucal (eSB) e outras equipes para atendimentos de demandas específicas. A capilarização da ESF nos territórios do país foi acompanhada pela identificação de múltiplas necessidades de saúde, especialmente em contextos com desigualdades e vulnerabilidades sociais. Como resultado desta descentralização, a realidade sanitária mostrou-se bastante complexa e foi preciso repensar processos de trabalho capazes de promover saúde em diálogo com os princípios da equidade, integralidade e universalidade (Almeida & Medina, 2021).

É neste contexto de provocações e de mudanças que surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) por meio da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Esse documento, inicialmente norteador para as novas equipes dos territórios, é fortemente marcado por aspectos que se tornam constitutivos da gestão do cuidado territorializado conduzida pelos profissionais dos Nasf (Brasil, 2008). O componente multiprofissional, que se fortalece com a chegada dos Nasf nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), representa a possibilidade do

cuidado historicamente fragmentado e pautado na lógica biomédica ser problematizado na APS. Além disso, o conceito de “apoio”, utilizado na própria nomenclatura dos Nasf, ganha um destaque significativo para os profissionais que fazem parte desta proposta, uma vez que reforça a dimensão da responsabilidade compartilhada das demandas de saúde das áreas de abrangência com as equipes de saúde da família (eSF) (Brasil, 2010).

A partir do contato e das trocas entre equipes que a proposição do apoio matricial se intensifica como uma ferramenta de trabalho interprofissional nos Nasf. O apoio matricial configura-se como um dispositivo de compartilhamento de saberes, de comunicação e deliberação conjunta entre profissionais com o objetivo de superar a lógica do encaminhamento e dos especialismos que fragmentam e burocratizam as ações em saúde (Oliveira & Campos, 2015). As ações matriciais, fundamentadas no desenvolvimento de relações interprofissionais e dialógicas, favorecem a construção de vínculo das equipes com o território e propiciam um movimento permanente de leitura ampliada sobre saúde expressa na multiplicidade de contextos (Dias *et al.*, 2023).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é também reconhecida como uma prática interprofissional desenvolvida e oferecida pelas equipes do Nasf na APS. A EPS, enquanto política de fortalecimento do SUS, foi inserida no contexto brasileiro com a perspectiva de transformar e qualificar a atenção à saúde por meio de processos formativos que considerem a realidade dos serviços. Ainda, foi planejada como uma proposta para incentivar a organização dos dispositivos a partir da intersetorialidade (Bomfim *et al.*, 2017). Na ESF, a Educação Permanente em Saúde se torna mais possível em razão das características próprias desse modelo que possui como aspecto basilar o compartilhamento do cuidado entre equipes e a abertura para construir diferentes ferramentas tecnológicas com as comunidades (Ferreira *et al.*, 2019).

A APS é um importante componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Considerando a complexidade envolvida no cuidado em saúde mental, os Nasf representam uma das principais referências de intervenções para as demandas de saúde mental, tendo em vista o potencial de ampliar a capacidade de resposta das equipes da ESF (Dimenstein et al., 2017).

Em uma conjuntura de retrocessos e de agenciamento das agendas neoliberais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, sofreu uma série de alterações, com significativas repercussões para os Nasf. O conceito de “apoio” foi substituído por “ampliado” modificando a nomenclatura das equipes para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-ab). De acordo com a análise documental produzida no estudo de Timmermann et al. (2023), a nova PNAB não menciona o conceito de apoio matricial ao longo do documento, diferente da revogada política que tinha o matriciamento, como também é conhecido, como principal organizador do trabalho em território e com as eSF.

Apesar de outros documentos ministeriais sinalizarem o apoio matricial como arranjo tecnológico estratégico para a gestão da assistência dos Nasf-ab, a supressão do termo na PNAB pode simbolizar um projeto de limitação dessa intervenção interprofissional (Mattioni & Rocha, 2023). Essa inflexão está em consonância com a racionalidade neoliberal em curso no Brasil, que se destaca, além de outras questões, pela reprodução da divisão social do trabalho em saúde (Peduzzi, 2023). A presença dessas equipes nas dinâmicas territoriais descortina as limitações das políticas públicas no que diz respeito às suas fragilidades no gerenciamento de situações originadas das relações capitalistas, como a desigualdade social, o desemprego estrutural, as violências e a fome (Costa, 2020).

As provocações e os tensionamentos realizados pelo Nasf-ab denunciam as contradições do modo de produção capitalista. Em 2019, é publicada a Portaria nº 2.979 de

12 de novembro de 2019 como tentativa contrarreformista do Estado de dismantelar e precarizar as denúncias realizadas a partir do trabalho territorial, coletivo e interprofissional dos Nasf-ab (Brasil, 2019; De Seta *et al.*, 2021). O Previne Brasil, reconhecido como novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, impossibilitou o credenciamento e a manutenção dos Nasf-ab na maior parte dos municípios brasileiros, uma vez que as equipes foram excluídas das ações financiadas com recursos federais. Com caráter privatizante e mercadológico, essa normativa desestimulou a continuidade dos Nasf-ab nas regiões do país, deixando a critério do gestor municipal a escolha de permanência dessas equipes (Mendes *et al.*, 2022a).

A realidade do Distrito Federal (DF) foi diferente da maior parte das cidades brasileiras no que diz respeito à manutenção das atividades dos Nasf-ab por meio de recursos próprios (Coelho & Costa, 2023). Além da intensa mobilização dos trabalhadores da assistência e da gestão e dos usuários do SUS, outro motivador para a continuidade das equipes Nasf-ab no DF foi o vínculo de trabalho organizado pelo regime estatutário na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Em outros estados, o vínculo empregatício acontece de maneira precarizada e fragilizada, firmando-se, principalmente, por meio de contratação emergencial e temporária (Martinez *et al.*, 2014).

Em maio de 2023, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), com a publicação da Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023. A nova modalidade configura-se de uma retomada do financiamento federativo das ações interprofissionais já realizadas pelas equipes Nasf-ab, porém com mudanças na nomenclatura da equipe e em algumas atribuições previstas (Brasil, 2023). Nesse sentido, a eMulti volta a sinalizar o apoio matricial como atividade formalmente prevista e incorpora o uso de tecnologias de informação como ações de saúde. Ainda, a Portaria ressalta a

importância da atuação interprofissional como mecanismo para superar as intervenções que fragmentam o cuidado e que comprometem a corresponsabilização das equipes (Júnior & Almeida, 2023).

As eMultis tornam-se estruturadas em três modalidades: a) ampliada: ser vinculada a no mínimo 10 e no máximo 12 equipes de saúde e cumprir a carga horária mínima de 300 horas semanais por equipe; b) complementar: ser vinculada a no mínimo cinco e no máximo nove equipes, com carga horária mínima de 200 horas; e c) estratégica: ser vinculada a no mínimo uma e no máximo quatro equipes, cumprindo a carga horária mínima de 100 horas semanais (Brasil, 2023). Na sua antiga denominação (Nasf-ab), as equipes eram também divididas em três formatos, mas com algumas diferenças constitutivas: a) modalidade I: vinculação a no mínimo cinco e a no máximo nove eSF, com carga horária mínima de 200 horas; b) modalidade II: vinculação a no mínimo três e no máximo quatro eSF, com carga horário de 120 horas; e c) modalidade III: vinculação a no mínimo uma e no máximo duas eSF, com carga horária mínima de 80 horas (Brasil, 2017).

É importante destacar que, apesar deste documento revelar um importante passo para a reconstrução da APS no contexto brasileiro, ele ainda é permeado por propostas contraditórias que serão discutidas ao longo dos resultados apresentados neste estudo. Considera-se que a retomada das equipes multiprofissionais na APS e o destaque realizado para a atenção interprofissional no cuidado em território são atributos ainda em construção e que necessitam de olhares conjuntos para serem concretizados.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo analisar de qual forma ocorre a interprofissionalidade no cuidado em saúde mental realizado pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. De maneira específica, este estudo pretende: a) investigar as ações em saúde mental realizadas pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária nos territórios; b) mapear os dificultadores da operacionalização do

trabalho interprofissional em saúde mental pela eMulti no contexto da Atenção Primária à Saúde e c) identificar os facilitadores da prática interprofissional realizada pela eMulti no que diz respeito às questões de saúde mental.

## **Método**

O presente estudo configura-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, com natureza qualitativa e delineamento transversal. O estudo foi conduzido com servidoras e servidores da carreira de especialistas em saúde, vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que compõem cinco equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) de uma Superintendência de Região de Saúde (SRS) do DF. Foi utilizado como critério de seleção a SRS que apresenta uma das menores taxas de cobertura de eMulti, considerando a estimativa populacional e a vinculação com a equipe de saúde da família (eSF).

Como critério de inclusão para a participação deste estudo, os participantes deveriam ser servidores(as) da SES-DF e estar lotados(as) nas equipes multiprofissionais na APS da Região de Saúde selecionada por pelo menos seis meses. Foi prevista também a inclusão de residentes como parte da amostra, mesmo que o período de permanência no serviço fosse inferior a seis meses, uma vez que a dinâmica e a organização dos programas de residência são específicas com relação ao tempo no serviço de saúde.

Utilizou-se como estratégia metodológica o grupo focal que se configura como uma técnica de recolher informações por meio de interações grupais (Trad, 2009). Devido às características expressas nos processos de trabalho das eMultis, o grupo focal torna-se uma ferramenta significativa para compreender experiências, significações, divergências e contradições nos grupos sociais a partir da intercomunicação (Minayo, 2014). Foram realizados cinco grupos focais entre os meses de abril e maio de 2024.

Após o aceite e a assinatura dos documentos éticos, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som, participaram 23 profissionais das eMultis de diferentes categorias profissionais, sendo quatro residentes do Programa de Saúde da Família e Comunidade de uma Instituição de Ensino Superior do DF. Anteriormente às entrevistas em grupo, foi disponibilizado um questionário estruturado online, no Formulário do *Google*, com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e os aspectos relativos ao trabalho dos participantes da pesquisa.

Os encontros contaram com a presença de uma moderadora e de duas observadoras, com exceção de um único grupo em que apenas a moderadora esteve presente. Com base nos objetivos desta pesquisa, foi elaborado um guia de temas e de perguntas norteadoras com o intuito de auxiliar e de orientar o manejo de questões importantes a serem discutidas e fomentadas ao longo dos grupos. Este roteiro encontra-se no ANEXO 1. Os grupos foram compostos, em média, por cinco profissionais de saúde e tiveram duração média de 90 minutos. Como forma de preservar o sigilo e o anonimato dos participantes e das equipes, as entrevistadas serão identificadas pela letra P, pela numeração subsequente a depender da quantidade de participantes que esteve presente em cada grupo e pelo número do grupo focal: Grupo Focal 1, Grupo Focal 2, Grupo Focal 3, Grupo Focal 4 e Grupo Focal 5.

Ao término da coleta de dados, os materiais foram transcritos na íntegra, preservando o sigilo e a identidade das participantes. O estudo foi conduzido conforme a Resolução nº 466/201220, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS, sob CAAE nº 74580323.3.3001.5553, aprovado em 20/12/2023, conforme o Parecer Consubstanciado nº 6.595.843.

O processo de análise das transcrições seguiu os pressupostos da Análise Temática (AT) de Braun e Clarke (2021) que se configura como um método qualitativo para



identificar, analisar e mapear elementos comuns e significativos das narrativas a partir de temas. A proposta metodológica da AT é considerada como uma modalidade “guarda-chuva” tendo em vista a diversidade de posturas teóricas e epistemológicas no trabalho de análise dos dados qualitativos (Conceição, 2021). Neste estudo, a análise temática será guiada pela abordagem reflexiva em que se enfatiza inevitavelmente a subjetividade e o papel ativo e interpretativo da pesquisadora durante o processo de codificação e geração de temas (Braun e Clarke, 2019).

A partir de uma perspectiva indutiva, esse método pressupõe que a construção de temas seja orientada por algumas etapas que demandam uma atitude flexível, recursiva e não linear por parte da pesquisadora (Souza, 2019). Este estudo foi conduzido pelas seis fases enunciadas da AT: a) familiarização com os dados; b) geração de códigos iniciais; c) busca inicial por temas; d) revisão dos temas elencados; e) definição e nomeação de temas e f) produção de relatório e de escrita.

As informações relacionadas à caracterização sociodemográfica dos profissionais das eMultis foram analisadas por meio da estatística descritiva, utilizando, especialmente, dados descritivos como frequência. A utilização destes elementos sociodemográficos possui um papel de complementaridade às observações realizadas nos grupos focais.

## **Resultados e discussão**

Os dados serão apresentados por meio da caracterização dos participantes do estudo empírico e do resultado do processo de construção de quatro temas. Optou-se por integrar a discussão nesta seção como forma didática de retratar a criticidade dos aspectos qualitativos evidenciados na pesquisa.

### **Caracterização da amostra**

A partir da análise das respostas do questionário online, foi possível observar que, dentre os 23 entrevistados, 91,3% se identificaram pelo gênero feminino. Dessa forma, pelo

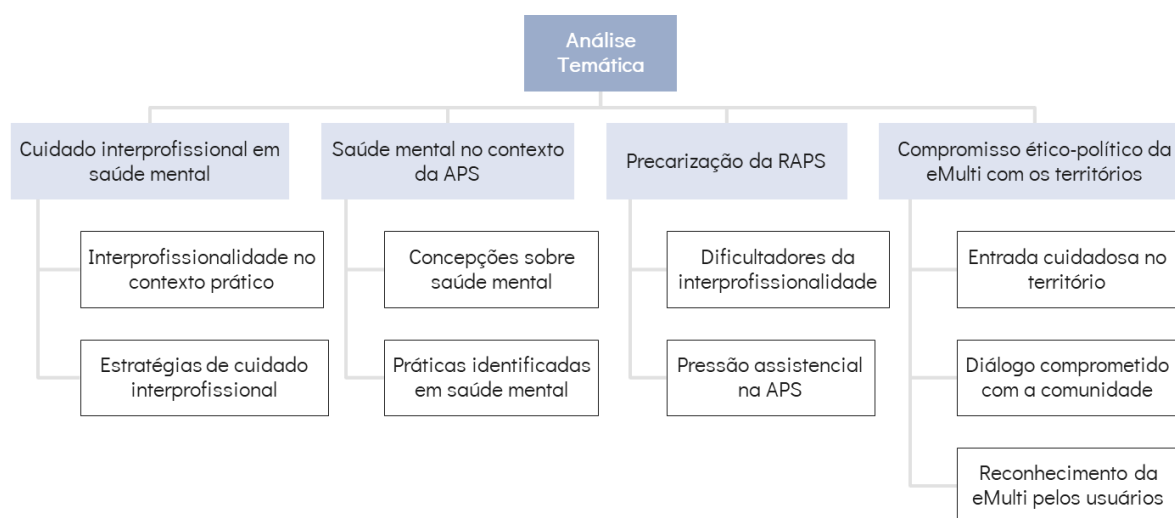
fato de a amostra ser composta majoritariamente por mulheres, a escrita dos resultados será redigida por pronomes femininos. Ainda, nota-se que, com relação à faixa etária, 43,5% das participantes têm entre 31 e 40 anos de idade e 26,1% possuem entre 41 e 50 anos. Com relação à autoidentificação racial/étnica, 65,2% das entrevistadas se reconheceram como pessoas brancas, 21,7% como pardas, apenas 8,7% como pessoas pretas e 4,3% como amarela.

Ao serem questionadas sobre a área de formação, as categorias profissionais identificadas nas cinco eMultis foram: fisioterapeuta (30,4%), assistente social (17,4%), nutricionista (17,4%), psicólogo(a) (17,4%), fonoaudióloga (14%) e farmacêutica (4,3%). No que diz respeito ao tempo de formação, observa-se que a maioria das servidoras possui entre 11 e 20 anos (52,2%) de formadas, seguido de 21 a 30 anos (21,7%). Além disso, foram questionadas a respeito de terem realizado pós-graduação na Saúde da Família. Os dados evidenciaram que apenas 8,7% das participantes relataram ter pós-graduação na área. Por fim, destaca-se que 34,8% das trabalhadoras afirmam possuir entre dois e cinco anos de experiência como integrantes das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde e 30,4% com vivência de seis a 10 anos em eMulti.

### **Análise Temática**

É importante ressaltar que os temas gerados resultam de um envolvimento analítico e interpretativo das transcrições oriundas dos grupos focais. Os quatro temas foram definidos como: 1) “*A gente se coloca como profissional da saúde e não como profissional específico*”: o cuidado interprofissional em saúde mental; 2) “*Tudo o que é feito enquanto eMulti envolve o cuidado em saúde mental*”: saúde mental no território da APS; 3) “*Só a gente sabe como que tá sendo para dar conta*”: a precarização da Rede de Atenção Psicossocial e 4) “*A gente tá muito no território*”: o compromisso ético-político da eMulti com os territórios. A figura 2 ilustra os quatro temas que serão abordados e seus respectivos subtemas.

Figura 2 – Mapa Mental do desenvolvimento dos temas segundo a Análise Temática.



***“A gente se coloca como profissional da saúde e não como profissional específico”: o cuidado interprofissional em saúde mental***

Esse tema foi composto a partir do entendimento e da compreensão da interprofissionalidade no contexto prático de trabalho das profissionais. A temática expressou também as principais estratégias de cuidado identificadas pelas participantes para operacionalizar a interprofissionalidade nas demandas de saúde mental na APS.

Anterior ao reconhecimento das estratégias de cuidado interprofissional, as participantes identificaram a interprofissionalidade como uma dimensão da prática em saúde que viabiliza o encontro entre os saberes profissionais com um objetivo em comum: a integralidade do cuidado. Destacaram que as ações se tornam integrais a partir da construção colaborativa entre os servidores, conforme exemplificado na fala de uma das profissionais:

A gente parte do pressuposto que a gente vê na totalidade, assim, de forma integral. A gente vai entrelaçar saberes para que a gente possa abarcar e acolher esse paciente na sua totalidade e não só em partes, né? (P1 Grupo Focal 4).

É uma construção que você, psicóloga, sozinha, você não vai fazer. Eu, assistente social, sozinha, eu não vou fazer. Mas quando a gente trabalha juntas, a gente constroi uma coisa que é única, entendeu? (P1 Grupo Focal 3).

As participantes enfatizaram que a interprofissionalidade na APS se caracteriza pela proposta de transitar entre os saberes, de forma apropriada, e com ferramentas que extrapolam as categorias profissionais:

Sempre que a gente consegue estar mais juntas, a gente vai aprendendo muito uma com a outra. Mas eu me sinto cada vez mais tranquila pra pegar uma queixa de nutrição e adentrar aquilo e explorar aquilo e também uma queixa de dor, uma lesão, uma vulnerabilidade, um sofrimento, uma violência. Então, é assim, sair desse lugar da psicóloga, que a gente fica apegado. Mas cada vez mais, sendo eMulti. Eu tô saindo da psicóloga e virando uma eMulti, uma eMulti ambulante. (P1 Grupo Focal 5).

A gente deixa de ser o especialista em nutrição, em psicologia, em serviço social, e eu passo a ser um profissional de atenção primária (P1 Grupo Focal 2).

Essas falas revelam o reconhecimento de que as demandas de saúde são complexas e que necessitam de uma atuação compartilhada entre os múltiplos atores do território. As participantes se definem como profissionais de saúde por compreenderem que uma categoria profissional não consegue abarcar as inúmeras necessidades de saúde que chegam até os dispositivos. Elas evidenciaram a necessidade de um movimento conjunto, articulado e colaborativo entre os profissionais.

A prática dialógica entre as trabalhadoras não é algo garantido. Pelo contrário, é uma dinâmica que se permite ser construída por meio de alguns elementos que se configuram como basilares para a interprofissionalidade. Dessa forma, foram identificados dois

impulsionadores de ações interprofissionais: a) a ESF e b) os dispositivos de encontro, que foram reconhecidos por meio de reuniões de equipe, de ações de apoio matricial e de Educação Permanente em Saúde (EPS). O primeiro aspecto ressaltado foi o cenário da APS, em especial a ESF:

Eu acho que a interprofissionalidade na atenção primária, ela é muito mais possível. E aí, nesse sentido, a saúde mental da família e comunidade, que eu acho que é a saúde mental real. O CAPS é importante, ainda que eu tenha muitas questões com CAPS, mas eu sinto que ele fica muito distante, fica distante das pessoas. O posto não, o posto é o que está ali, é no dia a dia (P1 Grupo Focal 5).

O que eu sinto maior diferença do modelo tradicional e modelo atual seria a questão da possibilidade das discussões de caso. A interação com os outros profissionais no outro modelo existia, mas nesse modelo atual existe de uma forma mais efetiva (P1 Grupo Focal 3).

O destaque feito na fala anterior da participante (P1 Grupo Focal 3) com relação aos modelos de saúde diz respeito ao processo de transição e de reorientação da lógica assistencial na APS que ocorreu no Distrito Federal. Até 2016, havia um predomínio do modelo comumente conhecido como tradicional na APS no DF. Nele, a centralidade dos cuidados primários era realizada de maneira fragmentada, a partir de condições agudas, por médicos das especialidades da clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia (Corrêa *et al.*, 2019). O componente multiprofissional pouco era exercido neste contexto, sendo que muitos profissionais, como os do Serviço Social, atuavam de forma isolada e sem a perspectiva de equipe. Havia uma baixa cobertura do modelo da ESF na unidade federativa (28,17%) e os processos de trabalho das equipes da APS eram configurados com predominância do modelo tradicional (Corrêa *et al.*, 2019).

A ESF, como um novo modelo de expansão da APS, assume a importância de repensar as práticas assistenciais a partir da lógica da rede e da atuação interprofissional. Nesse contexto, de forma tardia, a SES-DF tomou a decisão política de reconfigurar a saúde do DF, adotando a APS como coordenadora da rede e a Estratégia Saúde da Família como principal eixo organizador de atuação das equipes. A Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 consolidou essa mudança e estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Brasília, 2017). Nesse processo de estabelecimento da ESF no DF, observa-se um terreno mais propício para o fortalecimento das práticas interprofissionais durante o processo de cuidado na APS. A capilaridade dos serviços de saúde nas comunidades, a utilização de ferramentas de trabalho com o território e a perspectiva de integralidade do cuidado por meio de equipes multiprofissionais são exemplos que demarcam - porém não garantem - a interprofissionalidade na APS.

A interprofissionalidade aponta para um fazer conjunto. Dessa maneira, o segundo aspecto pontuado pelas participantes deste estudo como elemento estruturante para as ações interprofissionais foi o estabelecimento de dispositivos de encontro entre servidores. As reuniões com as equipes de saúde e entre as próprias eMultis foram uns dos arranjos citados. Ainda que esses espaços possam servir como manutenção do modelo biomédico e da lógica de encaminhamentos não efetivos, a presença de discussão de caso foi salientada como um recurso dialógico e de aprendizado coletivo:

Quando eles [eSF] vão trazer demandas, a gente, na discussão do caso, a gente vai vendo ali algumas lacunas e aí a gente também propõe. Então, a gente consegue utilizar esses espaços de reunião, quando as reuniões estão acontecendo certinho, de forma periódica, para também realizar esses matriciamentos (P2 Grupo Focal 1).

Eu acho que a nossa reunião [eMulti], tendo sempre também, toda semana, eu acho que isso ajuda bastante a gente poder discutir um pouco os casos e tal, pra gente ter tempo pra isso (P3 Grupo Focal 5).

As reuniões, onde a gente pode discutir os casos, fazer um planejamento futuro conjunto, que seja das atividades coletivas a uma discussão, onde estabelece as prioridades e quais atividades vão ser feitas (P7 Grupo Focal 4).

As reuniões são importantes para a gente, principalmente nos casos de saúde mental. Vamos supor que a médica já encaminhou lá pelo fluxo. Não é só com ela que eu vou falar... O ACS, o técnico em enfermagem, às vezes, trazem muito mais informação que a gente pode planejar e fazer no caso do que só com o profissional ali (P2 Grupo Focal 5).

Conforme exemplificado nas narrativas das participantes, a existência destes espaços de compartilhamento é relevante para o processo de trabalho que tenha como objetivo a integralidade do cuidado. No entanto, a mera existência desses dispositivos não garante que as práticas sejam, por si só, interprofissionais. É necessário compreender como esse processo de condução das discussões e das trocas estão sendo realizadas. Uma das falas evidencia uma característica possível de estar presente nas reuniões:

A reunião pode ser feita com outros profissionais que não o médico ou o enfermeiro. Muitos acham que é só com profissionais de nível superior que a reunião pode acontecer. Outros, não é que pensem isso, mas também não se empoderam para vir e discutir um caso, né? (P1 Grupo Focal 1).

Verifica-se que há uma tendência em compor esses ambientes de trocas com profissionais culturalmente legitimados para discussões de caso, como os médicos,

enfermeiros e profissionais especialistas de nível superior. A subjugação de outras profissões, como por exemplo os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, representa uma constante nos contextos de aguçamento da lógica neoliberal, tendo em vista a persistência de processos de trabalhos realizados sob formas verticais, dominantes e autoritárias (Barros & Bernardo, 2017). Ainda, com a política de precarização da saúde, a proposta laboral destes atores se tornou mais burocrática, o que dificulta a mobilização coletiva e crítica entre os trabalhadores.

A perspectiva interprofissional na APS pode ser um indutor para romper com esse predomínio de desvalorização sócio-cultural das profissões técnicas e reforçar que o cuidado integral em saúde se consolida com a participação de todos os profissionais - inclusive de outros atores existentes nos territórios. A presença de múltiplos agentes nos dispositivos coletivos pode potencializar para uma discussão de caso mais democrática e legitimar o trabalho realizado por outros profissionais:

O ACS articula muita coisa, entende muita coisa, conhece muito da comunidade, traz informações que faz o profissional, ajuda o profissional na hora de entender o caso (P1 Grupo Focal 3).

E elas [funcionárias da limpeza] conhecem muito o território, estão muito aqui, né? Ela entra em contato, liga, manda mensagem, chama, vem pra cá, ela vai estar aqui hoje, não sei o quê. Enfim, é muito vivo, né? Esse território e as pessoas, ter os ACS, os funcionários da limpeza, os vigilantes, moradores daqui, também eu acho que isso potencializa muito (P1 Grupo Focal 5).

Nesse sentido, uma das formas de garantir que o componente interprofissional esteja presente nas reuniões entre equipes é conformar estes espaços com a participação dos trabalhadores que façam parte da rotina de trabalho e que conheçam a realidade territorial das comunidades. Ainda, verifica-se a relevância de aproximar esses profissionais



técnicos às ações e aos planejamentos das atividades de saúde, especialmente pela complementaridade que eles podem trazer às práticas assistenciais em saúde mental.

O apoio matricial e as ações de educação permanente em saúde mental foram arranjos também citados pelas participantes como elementos constituintes dos dispositivos de encontro entre os servidores da APS. As ações de apoio matricial foram reveladas como ferramentas necessárias para a operacionalização da interprofissionalidade no contexto da APS.

Olhar o paciente como um todo, mas cada um fazendo o seu papel. E a interprofissionalidade, justamente isso, que é o que eu tava falando, né? Com esse objetivo, assim. Aqui, a gente precisa dessa ferramenta para a gente matricular, por exemplo, para a gente desenvolver o papel de matriciamento. E aí é por isso também que a gente consegue estar num grupo, por exemplo, em que o foco é alimentação saudável e a gente conseguir trabalhar de alimentação, porque a gente já foi matriciada, devido a interprofissionalidade com a nutricionista, por exemplo (P1 Grupo Focal 1).

No primeiro momento que eu cheguei, eu falei: “Opa, uma coisa diferente aqui”. Porque eu percebi mesmo como elas conversam entre todas as áreas mesmo. E aí é o papel do matriciamento, né? E é extremamente essencial, né, porque a gente trata do indivíduo como um todo, né, de todas as áreas. E principalmente aqui, na equipe eMulti é bem reduzida, né? Nós não temos uma psicóloga, nós não temos um assistente social. Então eu acho extremamente importante e válido mesmo. Infelizmente, nós não temos esses profissionais aqui, mas que nós tenhamos um conhecimento para que haja um acolhimento desse paciente de uma forma geral (P4 Grupo Focal 1).

Eu acho que é bem assim, quando você pensa em uma visita domiciliar, que você vai na casa da pessoa e a pessoa está acamada, e aí você orienta às vezes o uso da medicação, que seria algo mais relacionado com farmácia, com a parte da enfermagem, uma mudança de decúbito quando eu posso estar orientando algo com relação a prevenir uma escara. E aí eu pergunto se tem um benefício, se está tendo alguma dificuldade com relação a renda, a compra das coisas. E pergunto como é que você anda se sentindo com relação a passar o dia cuidando do seu fulano. E aí você começa a olhar a pessoa como um todo (P1 Grupo Focal 2).

De acordo com as falas apresentadas, o apoio matricial pode ser concretizado a partir de uma série de ações: visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, discussões entre profissionais e atividades coletivas, como os grupos. Nestas inúmeras expressões, é possível perceber uma dinâmica constante de compartilhamento de conhecimento e de integração dialógica entre diferentes profissionais. Essa aproximação que o matriciamento oferece fortalece o cuidado compartilhado entre os atores do território e, ao mesmo tempo, promove o rompimento com a histórica prática fragmentada na saúde (Pinheiro & Emerich, 2024). As ações de apoio matricial convocam para a retirada da narrativa do que é “restritamente meu” enquanto categoria profissional para a construção de algo que é “potencialmente nosso”. É uma forma de corresponsabilizar os dispositivos para o cuidado articulado em rede.

O matriciamento, além de ser um instrumento fundamental para o trabalho de apoio para as eSFs, foi também compreendido como uma forma de aprendizado coletivo entre as profissionais da eMulti. A interprofissionalidade ganha destaque nestas trocas matriciais entre trabalhadoras das equipes multiprofissionais. Esse resultado aponta para uma correspondência entre o que foi preconizado para as eMultis enquanto política e a realidade assistencial, ainda que contradições sejam presentes. Neste ponto, a proposta do apoio

matricial proporciona que o cuidado em saúde mental seja compreendido de maneira coletiva, e não exclusivo da psicologia.

Eu não vou fazer o trabalho dela [uma profissional da eMulti], mas eu enxergo coisas que ela já me fez enxergar e que eu consigo ter uma ampliação na minha ação, trabalhando junto com ela, mas conseguindo fazer algumas identificações mesmo quando eu tô sozinha no atendimento (P1 Grupo Focal 3).

Eu gostaria de ter horários reservados com os médicos, enfermeiros, etc. Só de atendimento voltado à saúde mental, mais conjunto, sabe? Porque é esse matriciamento mesmo na prática. Eu sinto que seria um caminho pra gente conseguir fazer esse cuidado mais contínuo. E que não é o cuidado só do psicólogo, né? Não é só o psicólogo que precisa fazer, mas eu acho que tem como esse matriciamento ser feito (P1 Grupo Focal 5).

Eu me vejo muito como aquela pessoa que está ali para acolher. Às vezes, eu não vou conseguir manejar tecnicamente como um especialista da psicologia conseguiria. Mas, pelo menos, o abrir o olhar e o escutar a pessoa (P1 Grupo Focal 2).

Para além das ações internas na UBS, foi visto que as ações de matriciamento realizadas pelas eMultis ocorrem no território e com outros dispositivos da rede. Nas ofertas de apoio matricial, o componente intersetorial comumente é acionado pelas equipes multiprofissionais:

Aqui há uma parceria muito boa com o CEI [Centro de Educação Infantil], que são de crianças de 4 a 6 anos. E aí, por exemplo, os professores trazem uma demanda muito grande, comportamental, das crianças. Mas muitas vezes, assim, esquecem que uma criança saudável, ela grita, ela corre, ela pula, ela tem uma dificuldade de ficar

sentada. Então, assim, tanto com os pais quanto com as escolas, a gente faz um matriciamento com os professores sobre isso (P2 Grupo Focal 1).

Reunião de discussão de casos, que a gente estava desenvolvendo ano passado com os CAPS, com outros níveis de atenção. As reuniões com a rede, é uma forma também da gente fortalecer, né? (P1 Grupo Focal 2).

De acordo com a literatura, o apoio matricial em saúde mental se configura como uma prática que permeia outros setores e políticas públicas (Faria *et al.*, 2020). Nesse processo de articulação de rede com os outros dispositivos presentes nos territórios, o matriciamento pode se tornar mais efetivo com o estabelecimento de responsabilidades e de ações entre os atores, conforme as pactuações construídas, por exemplo, em Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Um ponto que pode enfraquecer a lógica do matriciamento em rede é o formato enrijecido e verticalizado que, muitas vezes, essa prática é realizada com outros serviços. É comum que o apoio matricial seja mediado quase que exclusivamente pela configuração de transmissão de informações, descaracterizando a dimensão dialógica e construtivista desta intervenção (Iglesias *et al.*, 2024). Dessa forma, torna-se necessário que o apoio matricial esteja vinculado a outras dinâmicas de compartilhamento e de intervenções, especialmente considerando a realidade de cada equipe e de cada território. O território vai costurando e apresentando os modelos mais contextualizados para o estabelecimento do matriciamento, em que também há a oferta de espaço para a formação pedagógica dos profissionais (Silva *et al.*, 2021).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi também referida pelas profissionais da eMulti como uma prática que pode facilitar a concretização da interprofissionalidade na APS. Compreendida, de forma geral, como uma expressão de ações formativas no campo da saúde,

a EPS foi identificada como um instrumento viável de rompimento com alguns padrões hegemônicos e manicomiais no cuidado em saúde mental.

Eu acho que muita questão do mito em relação à saúde mental. Alguns mitos, alguns preconceitos, entendeu? “Ah, de novo essa pessoa aqui?” Só vai sair daquele quadro ali e se tiver ações, tanto nossa quanto dela, da própria pessoa. Não é uma coisa que a gente vai dar um remedinho e pronto, a pessoa vai voltar aqui mês que vem . Então, por isso que eu falei da questão da capacitação, entendeu? De entender que nem sempre uma fala que o paciente tem é frescura, de entender saúde (P1 Grupo Focal 3).

Eu acredito que a maior [necessidade] seja de capacitação mesmo. A gente faz uma faculdade que é específica de cada um. Se a gente vai trabalhar com uma equipe multi, a gente tem que ter um olhar um pouco mais diferenciado, né? E aí, por exemplo, eu sempre que posso, solicito alguma formação em saúde mental, para que eu tenha mais possibilidade de visualizar as questões com o paciente (P1 Grupo Focal 3).

Ainda, a EPS foi reconhecida como prática formativa *in loco*, isto é, permitiu que as ações fossem transformadas a partir do trabalho colaborativo desenvolvido entre as profissionais da eMulti:

E eu acho que só a gente fazendo esses compartilhados, essas capacitações em serviço mesmo, que a gente consegue ter essa sensibilidade. Porque não é simples, né? Mas a gente precisa mesmo, né? De ir mudando essa chavinha dessa forma (P2 Grupo Focal 5).

Porque eu acho que a ferramenta que mais traz capacitação pra gente pra isso são as discussões de caso. Porque é muito mais simples você matricular um colega pra ter aquele olhar discutindo um caso do que trazer uma teoria aleatória. Apesar que a teoria aleatória funciona também. A gente tem educação permanente aqui, que a gente pode pedir pautas, a gente pode trabalhar juntos (P4 Grupo Focal 4).

É importante considerar que as ações de cunho formativo, nomeadas pelas servidoras como capacitações e cursos, podem apresentar características complementares de EPS e de Educação Continuada (EC). Para a EPS o processo de trabalho torna-se o principal objeto de transformação, partindo de uma reflexão crítica e coletiva das ações produzidas nos próprios serviços. O compromisso ético-político com a problematização do contexto e das práticas realizadas diferencia significativamente a perspectiva da EPS com a Educação Continuada, embora ainda haja uma utilização errônea dos dois conceitos. A EC apresenta um histórico pedagógico tradicional pautado na transmissão de um saber técnico-científico, com enfoque em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais (Pедуzzi *et al.*, 2009).

Observa-se que dois elementos são essenciais para a diferenciação dessas propostas: a) a relevância social, comunitária e política do processo formativo com o trabalho em território e b) condução da proposta pedagógica de forma colaborativa e co-construída. Compreendendo que nem sempre será possível desenvolver práticas de cunho emancipatório no interior dos dispositivos de saúde, torna-se fundamental que as instituições formadoras, como as Universidades, tenham como compromisso ético-político o fortalecimento desse diálogo com as políticas públicas. Esses espaços devem assumir seu protagonismo em propor estruturas formativas que sejam críticas-reflexivas e voltadas para as necessidades das maiorias populares (Costa & Lordello, 2019).

A partir das falas destacadas pelas participantes, nota-se que o trabalho conduzido pela eMulti no território, com as comunidades e com as equipes abre a possibilidade da proposta da EPS ser vivenciada na APS, especialmente no que diz respeito às atividades com caráter educativo em serviço. A função técnico-pedagógica é prevista como um dos pilares da constituição das equipes multiprofissionais na APS (Brasil, 2014). Nesta pesquisa, foi visto que essa dimensão se cumpre nos exemplos de práticas pedagógicas relatadas nos grupos focais, como os atendimentos compartilhados, as visitas domiciliares, as reuniões para discussão de casos e as ações de apoio matricial. Nesse ponto, considera-se que a dinâmica psicossocial de “fazer com” é desejável para a defesa da interprofissionalidade e da intersetorialidade na APS.

#### ***“Tudo o que é feito enquanto eMulti envolve o cuidado em saúde mental”: saúde mental no território da APS***

Esta temática emergiu a partir das dimensões do cuidado em saúde mental expressas no processo de trabalho das eMulti. Foram retratadas as múltiplas concepções com relação ao conceito de saúde mental pelas participantes. Esse tema abarcou também as práticas identificadas pelas profissionais para a condução das demandas de saúde mental no território da APS.

É importante pontuar que, de maneira transversal aos grupos focais, o cuidado em saúde mental foi reconhecido como um tema integralmente presente no cotidiano das profissionais. Ao identificarem a presença destas demandas no processo de trabalho das eMultis, as participantes também legitimaram a APS como um nível de atenção viável para o manejo do cuidado em saúde mental.

Pra mim, todas. Desde a reunião, e não falo só saúde mental do usuário, saúde mental também do servidor. Desde a reunião, quando você tem a possibilidade de ter uma

discussão mais abrangente, que vai promover mais impacto no atendimento do usuário, até o grupo [de uma profissional] por exemplo (P1 Grupo Focal 3).

Tudo o que a gente faz aqui envolve o trabalho com saúde mental. Seja com os usuários, seja com os servidores, seja entre a gente entre equipe eMulti. Acho a nossa equipe, a gente tem isso muito claro (P2 Grupo Focal 1).

Pra mim, não tem nenhuma ação nossa, que não tenha saúde mental envolvida.

Nenhuma. Eu acho que na atenção primária é como um todo (P1 Grupo Focal 5).

As narrativas das profissionais reiteram o que a literatura tem apresentado com relação à presença dos casos de saúde mental na APS. De acordo com alguns estudos desenvolvidos na área da saúde, as principais condições de saúde mental que se evidenciam na Atenção Primária são os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Menezes *et al.*, 2019; Salgado & Fortes, 2021). Os TMC são caracterizados pela experiência de pessoas em sofrimento, com intensidade leve e moderada, que expressam, de forma geral, sintomas de ansiedade e depressão (Mendes *et al.*, 2022b). Ainda, o desenvolvimento teórico que embasa a construção das políticas na APS aponta para a frequência significativa de demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ao crescimento de questões de saúde mental das infâncias e das adolescências na APS.

Os dados apresentados acima anunciam a presença de uma racionalidade teórica, científica e ideológica por detrás do conceito de saúde mental amplamente difundido e que, de certo modo, manifesta-se nos estudos apontados e nas falas das servidoras das eMultis. Em uma perspectiva hegemônica, a concepção sobre saúde mental tem sido caracterizada historicamente como ausência ou sinônimo de doença. Isto é, tratada e reduzida exclusivamente como sintomas, transtornos e adoecimento (Costa, 2024; Amarante, 2007). O sofrimento, neste caso, torna-se um conjunto sintomatológico descritivo e acaba



sendo capturado por um tratamento psicopatologizante que, por sua tradição, desconsidera os inúmeros processos e as dimensões sociais que circundam a realidade.

Nesse sentido, esse enfoque da saúde mental construído social, política e culturalmente sob o prisma da doença e do transtorno possui impactos significativos na maneira em que o processo de cuidado é planejado e operacionalizado. É comum que as demandas de saúde mental, presentes no contexto da saúde, sejam direcionadas para os profissionais do campo psi (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas) pela proposta individualista e privatista que as práticas assistenciais no campo da saúde mental hegemônica foram se consolidando. É neste ponto em que se observam intervenções descontextualizadas e que pouco dizem respeito sobre a vida e as relações das pessoas que apresentam algum sofrimento.

A fetichização da psicologia e do seu maior instrumento de ajustamento à lógica capitalista - a psicoterapia, ocupa um espaço importante nos cenários da política de saúde como uma possível saída e solução para os sofrimentos que chegam até às Unidades Básicas de Saúde, por exemplo. Ainda, a divisão social do trabalho encontra sentido nesta concepção hegemônica na medida em que perpetua a fragmentação, a privatização e parcialização das estratégias de cuidado que deveriam ser coletivas (Costa & Mendes, 2021). Duas das cinco equipes multiprofissionais na Atenção Básica não contavam com os profissionais da psicologia em suas composições no momento da realização dos grupos focais. O sentimento de ausência da categoria profissional foi destacado por ambas as equipes:

A gente, infelizmente, tá com uma colega [psicóloga] que tá afastada há um longo tempo e é um profissional que faz muita falta, porque é um profissional fundamental pra gente de saúde mental, que é a psicóloga (P1 Grupo Focal 3).

O nosso principal ator, atriz, não está na nossa UBS. A nossa população aqui, ela tá extremamente adoecida. Os pacientes que chegam estão extremamente adoecidos. E a

gente não tem essa noção de como vai, né? São casos assim, que só o profissional [da psicologia] mesmo pra resolver (P2 Grupo Focal 3).

A gente, em regra, não tem o profissional da saúde mental, né? A gente não tem T.O, a gente não tem psicólogo. Dentro das nossas limitações, a gente sempre faz esse acolhimento, essa escuta qualificada. E, na medida do possível, ações que promovam e até previnem, né? (P2 Grupo Focal 1).

É importante considerar que as trabalhadoras das eMultis não estão imunes às contradições que caracterizam a complexa realidade social brasileira. Dessa forma, nota-se que os trechos destacados acima revelam a permanência do posicionamento privilegiado da psicologia para a condução dos casos de saúde mental nas eMultis. Fica evidente que as profissionais vivenciam uma sensação de falta de respaldo teórico, como se os profissionais do campo psicológico fossem os únicos legitimados a fornecerem as respostas para as demandas de saúde mental. Ao mesmo tempo, há um reconhecimento de que, apesar da ausência de psicólogos nas eMultis, as equipes procuram se organizar para oferecer continuidade ao cuidado em saúde mental na APS.

Observa-se que essa centralização do cuidado em saúde mental a partir da psicologia não ocupou apenas as reflexões das equipes entrevistadas sem psicólogos. Ela também foi vista nas outras equipes multiprofissionais que apresentavam em suas composições, até a coleta de dados, o profissional da psicologia:

E aí, assim, eu acho que ainda tem muito aquela percepção de que o cuidado em saúde mental está ligado aos psicólogos. Isso ainda é uma visão muito arraigada. “Chorou? Manda para o psicólogo.” (P2 Grupo Focal 2).

Não é o ideal, porque precisava ter vários profissionais da psicologia. Então, desde o começo, antes delas virem [profissionais da fonoaudiologia e da terapia ocupacional],

principalmente, eu tinha que tomar decisões o tempo inteiro. Cara, eu não tenho nem tempo pra ficar na sala esperando ser chamada pra um atendimento compartilhado. Mas se falar em três anos, eu fiz uns dez atendimentos compartilhados, foi muito, porque eu não paro nem um segundo (P5 Grupo Focal 4).

A postura de atribuir ao profissional da psicologia o cuidado central dos processos de saúde mental descaracteriza a perspectiva interprofissional do trabalho realizado na APS, uma vez que vincula a ideia de que a saída para desempenhar uma melhor assistência para as pessoas em sofrimento é aumentar o contingente de psicólogos nos serviços. A lógica da interprofissionalidade também se enfraquece ao comumente legitimar apenas outras duas profissões como potenciais atores para dividir a sobrecarga das demandas de saúde mental: terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. As participantes do Grupo Focal 4 exemplificam esse processo de divisão dos casos de saúde mental entre os profissionais da psicologia, da fonoaudiologia e da terapia ocupacional, sendo que as duas últimas se tornaram responsáveis pela condução do cuidado das crianças e adolescentes.

Embora esse processo de trabalho fragmentado tenha sido destacado de forma mais significativa em apenas um grupo focal, no sentido de ter sido explicitado uma divisão categórica dos casos de saúde mental, verifica-se que há uma tendência dessas ações serem frequentes nos espaços da APS e entre as eMultis. A Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, documento que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, orienta a divisão entre os profissionais que podem fazer parte da equipe e as principais áreas temáticas que estão presentes no processo de trabalho das equipes (Brasil, 2008). No que diz respeito às ações de saúde mental, a portaria sugere que psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais sejam os profissionais responsáveis pela condução do cuidado.

Por mais que esse documento tenha sido um dos pioneiros a levantar a temática das equipes multiprofissionais de forma institucional no SUS e na APS e que as contradições

ainda fazem parte da composição das políticas públicas, há uma herança dessa lógica de fragmentação do cuidado mesmo após 16 anos da primeira portaria. A compreensão da saúde mental a partir do sintoma e do adoecimento despersonaliza a proposta do cuidado coletivo e focaliza as intervenções em profissões específicas. Nesse caminho, nota-se que, na ausência de profissionais da psicologia, o profissional terapeuta ocupacional e o fonoaudiólogo tornam-se legitimados como categorias que se aproximam das demandas de saúde mental.

Além disso, essa perspectiva psicopatologizante fortalece práticas assistenciais voltadas para o diagnóstico e para a prescrição de psicotrópicos no contexto da APS. Encontra-se, portanto, um modelo biomédico que ainda fundamenta os processos de trabalho na APS por meio do silenciamento dos fatores sociais, culturais e coletivos em detrimento de uma lógica biológica e de mercado. Nessa direção em que as pessoas são vistas como uma extensão da maquinaria industrial, os psicotrópicos ganham destaque como intervenções efetivas para os casos de sofrimento (Molck *et al.*, 2021).

A medicalização cumpre a função de manter o que está em voga na sociedade capitalista: aumentar a psicopatologização das questões sociais, ambulatorizar os processos de trabalho e desapropriar o uso de tecnologias relacionais e territoriais como ferramentas possíveis para as demandas de saúde mental. Essas proposições se distanciam fortemente da concepção da saúde mental como produção de vida. Essa perspectiva contra-hegemônica (e em disputa) defende que é por meio do território, das relações sociais e das condições concretas de socialização que a saúde mental dos indivíduos se forja (Costa, 2024; Dimenstein *et al.*, 2017). O sofrimento, enquanto parte e possibilidade dessas expressões de sociabilidade e diversidade, também é conformado entre as relações e o contato humano (Silva, 2023).

É interessante pontuar que, pelo próprio movimento contraditório e dialético da realidade social, as trabalhadoras da eMulti também conseguiram verbalizar aspectos que qualificam a saúde mental a partir da ampliação do cuidado para além do sintoma/doença:

É, mas eu sinto que tem uma questão que é, não sabemos o que fazer. Acho que entra todo mundo num desespero, uma sensação de impotência muito grande. Porque a gente sabe que a coisa é muito mais estrutural, é muito mais profunda, tem raízes muito... capitalismo, na exploração, na violência. Então, fica todo mundo assim, sem saber o que fazer e vamos falar com a psicóloga para ver se a psicóloga resolve. A psicóloga não vai resolver. E como fazer essa mudança? Como fazer essa transformação? Como modificar o território? Quer dizer, não é nem modificar, é como acreditar e confiar que o território vai ser capaz de criar estratégias criativas para esse histórico de abusos, de violência. De violação de direitos (P1 Grupo Focal 5).

Considerando as questões sociais que envolvem, a dificuldade de acesso das pessoas ao serviço de saúde mental. O território é muito vulnerável. Muita vulnerabilidade. Então assim, as nossas ações nunca são pautadas naquela queixa pontual que o usuário traz. Então, por exemplo: uma criança chega para mim com uma questão de atraso na aquisição de fala e linguagem, mas ali por trás sempre vai ter uma mãe extremamente sobrecarregada, que não cabe apenas eu passar nenhuma lista de orientações para ela do que ela deve fazer ou deve deixar de fazer. Então, acaba que esses momentos são espaços protegidos, né? E a gente entende que se eu não cuidar daquela mãe, ela não vai conseguir fazer minimamente aquelas orientações (P2 Grupo Focal 1).

Existe uma rede das mulheres aqui também, que eu acredito que essa questão do empoderamento feminino também está relacionada à questão de saúde mental, que a gente vê muitas, muitas usuárias em sofrimento justamente por conta dessas questões de gênero, que atravessam as relações e que causam sofrimento às mulheres, muitas vezes, com a questão de violência doméstica, que é um problema que é bem complexo aqui na região. Existe uma quantidade de feminicídios considerável aqui no território (P2 Grupo Focal 2).

Eu acho que essa questão da medicalização também é uma barreira, porque acaba que tanto os usuários, e isso impacta também os profissionais, eles esperam um remédio para resolver a coisa, e é muito mais complexo que isso. E às vezes existe essa ideia de que eu acho que o remédio ele vai dar conta do problema de saúde mental, e a gente sabe que é muito mais complexo que isso (P2 Grupo Focal 2).

Tá, ampliar as equipes de saúde da família? Ok. Mas só as equipes a gente já sabe que não dá conta. Então, num ambiente, num território como esse, que não tem o espaço do lazer, da cultura, né? Como que você vai falar de saúde mental sobre isso? (P3 Grupo Focal 2).

Os trechos destacados por algumas das profissionais da eMulti simbolizaram a coexistência da compreensão da saúde mental a partir de um sentido de produção de vida. As trabalhadoras, ao identificarem interlocuções da saúde mental com a cultura, com o direito ao território e com os marcadores de classe e de gênero, apropriam-se de dimensões necessárias para o cuidado da saúde mental com o território. Dessa forma, durante as trocas entre os grupos focais, foi possível perceber que há um entendimento de que produzir vida e saúde mental no contexto da APS é considerar as determinações sociais que circundam essas comunidades.

Nesse sentido, se há uma compreensão de que a saúde mental se estabelece a partir de processos de vida, logo todos os atores que se propõem a lidar com pessoas, com famílias e com o território são convidados a fazer parte desta produção de cuidado coletivo. Em diversos momentos dos grupos focais, esse reconhecimento de outras categorias profissionais, ainda que de forma sutil, se fez presente como, por exemplo, o destaque feito aos agentes comunitários de saúde como atores de referência no reconhecimento das necessidades de saúde das comunidades. A interprofissionalidade se estabelece como proposta de fortalecimento da lógica da saúde mental como produção de vida. Dessa forma, é necessário convocar o protagonismo de outros trabalhadores como tentativa de romper e superar a lógica de como a saúde mental é socialmente compreendida.

É necessário relatar que, em todos os cinco encontros dos grupos focais, não houve menção ou identificação da raça/etnia como um marcador social importante para pensar as demandas de saúde mental na APS. Esse dado é convergente com pesquisas realizadas no âmbito da atenção primária com relação às repercussões sociais da raça/cor (Lima & Oliveira, 2023). Por um lado, nota-se que, na estruturação das perguntas norteadoras para a condução dos grupos, a dimensão da raça/etnia - bem como os outros marcadores sociais - não fizeram parte dos questionamentos. A pesquisadora assumiu a intencionalidade de não incluir esses marcadores pré-estabelecidos no sentido de oferecer espaços para que eles pudessem emergir ao longo das discussões. Por outro lado, o destaque feito para os outros aspectos sociais e o não reconhecimento da raça/etnia revela, por si só, a dinâmica do racismo estrutural na sociedade brasileira.

De acordo com o Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF), a população do DF é composta por 57,3% de pessoas negras em 2021. A Região de Saúde pesquisada apresenta 63,8% de pessoas negras (indivíduos que se autodeclararam como pessoas pardas e pretas) (Brasília, 2022a). O território tem anunciado as suas características: ele é

majoritariamente negro. No entanto, o silenciamento e a invisibilidade com relação aos processos de raça/etnia, que pode também ter sido provocado pelas características da pesquisa em não ter problematizado as relações raciais, denuncia o formato estrutural e institucional do racismo que integra a organização social, histórica e política do Brasil (Werneck, 2016).

A herança colonial se expressa em formatos heterogêneos no contexto da saúde: desde a não incorporação dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nas instituições de ensino superior até a invisibilidade histórica da diversidade racial dos usuários do SUS (Brasil, 2017). Ainda, a lógica formativa marcada pela centralidade na doença e pela ótica da branquitude oferece ainda mais respaldo para a estruturação do racismo institucional uma vez que impossibilita a compreensão da saúde como expressão dos modos como as pessoas vivem (Silva *et al.*, 2024).

A abordagem do racismo de forma crítica e a estruturação de práticas antirracista na saúde é urgente. O rompimento da reprodução das desigualdades e das violências produzidas pelo racismo nas relações é responsabilidade e compromisso político, sanitário e social do SUS. A APS configura-se como um cenário estratégico para a construção de uma consciência racial, tendo em vista que ela se concretiza a partir das comunidades e dos territórios. As profissionais que fazem parte da eMulti, assim como os trabalhadores de outras equipes de saúde, devem ser agentes ativos de resgate da história, da cultura e das tradições da população negra tão presentes nas dinâmicas territoriais.

A partir dos instrumentos que são próprios do processo de trabalho das eMultis, como o apoio matricial e a educação permanente, é possível desenvolver uma discussão crítica e reflexiva sobre o cuidado amplo e integral às populações que fazem parte do território. A territorialização, umas das diretrizes da PNAB, pode ser caracterizada como uma ferramenta



antirracista na medida em que potencializa a atuação dos profissionais da APS sobre as determinações e implicações das particularidades dos territórios.

Compreender as concepções sobre saúde mental é também apreender as maneiras pelas quais esses conceitos são materializados em intervenções no contexto da APS. Dessa forma, foi possível observar que há um tripé de ações realizadas pelas eMultis no que diz respeito ao manejo das questões de saúde mental no âmbito da APS: as atividades coletivas em grupo, o uso de tecnologias leves de cuidado e a articulação com a rede. Considerando que as discussões sobre atividades coletivas foram mais extensas, optou-se por dividir a apresentação deste aspecto em dois subtítulos: atividades coletivas como características identitárias das eMultis e os elementos contraditórios existentes nessas ações.

Na APS brasileira, as atividades coletivas podem ser consideradas como: reunião de equipe, reunião com outras equipes de saúde, reunião intersetorial, educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo e mobilização social (Ministério da Saúde, 2024). As atividades coletivas em grupo foram nomeadas nos cinco grupos focais como uma das principais ações que identifica o trabalho da eMulti com as demandas de saúde mental no âmbito da APS.

Um dos elementos que reitera a importância dos grupos como espaços para o cuidado em saúde mental é o fato deles propiciarem uma compreensão ampliada do processo de saúde no território:

É, no [nome do grupo], que é o grupo de hábitos de vida saudáveis, a gente traz um grupo que cada vez, que cada dia que a gente está com elas, a gente trata sobre algum assunto que engloba hábitos de vida saudáveis. Então, sempre tem que ter, né, saúde mental, principalmente no nosso território. Hoje em dia isso tá muito latente também, né? No meu grupo também de dor crônica, [nome do grupo] não tem como falar em dor crônica se a gente não perpassa a parte da saúde mental (P1 Grupo Focal 1).

O grupo tem uma adesão muito boa, que a gente trabalha não só a parte física do idoso, que o público-alvo é a população acima de 60 anos, mas a gente trabalha também a parte mental deles. Isso motiva, isso trabalha a saúde como um todo e é um grupo que tem uma adesão muito boa e a demanda vem tanto pela equipe como vem como demanda espontânea (P3 Grupo Focal 3).

Geralmente a gente realiza as atividades coletivas de acordo com a demanda da população, né? (P2 Grupo Focal 4).

Verifica-se que, estruturalmente, os grupos apresentam temáticas específicas e definidas. No entanto, na medida em que se compreende que os processos grupais são formados e construídos com as comunidades, as especificações se tornam menos rígidas e há mais abertura para trazer as expressões do próprio território, como a saúde mental. Nessa direção, os grupos foram destacados por potencializarem encontros, por fortalecerem as relações comunitárias e por gerarem vínculos:

A [nome do grupo], tem uma questão de saúde mental importantíssima ali. De convivência, de relações, de troca, de vínculo, de... Ah, relações comunitárias, né? De fortalecimento desses vínculos comunitários (P1 Grupo Focal 5).

Os passeios também acho que promovem muito essa... Essa questão cultural, o lazer, sair, inventar, permitir, né? E durante o passeio a gente tem relatos, né? A gente conversa. É mais descontraído, mas tem uma conversa outra, um relato outro dos usuários (P2 Grupo Focal 5).

Então, assim, tem poucas opções de lazer, tem poucas opções de cultura. Então, muito pensado em saúde mental, que a gente consegue oferecer sonhando com a prevenção, que seria a algo, promoção e prevenção da atenção primária, a gente oferta os grupos

também nesse sentido. É uma oportunidade que a população tem de sair de casa, de se socializar, de conversar, de rir, de compartilhar. Então acaba que tem esse aspecto também (P4 Grupo Focal 4).

E elas [usuárias] fazem caminhada juntas, criaram esse vínculo, aí às vezes elas saem do grupo de quarta e vão fazer café da manhã na casa de uma (P4 Grupo Focal 2).

Em razão dos processos grupais terem como uma de suas funções a transformação das relações sociais (Martins, 2003), notou-se que, em uma das equipes, as atividades com a comunidade foram consideradas como porta de entrada para outras ações desenvolvidas na UBS e para a consolidação da vinculação dos usuários com o serviço:

E muitos que participam do grupo ali, participam de outras atividades que a gente também disponibiliza durante a semana (P2 Grupo Focal 2).

As nossas ações coletivas aqui são uma entrada para muitas demandas da saúde mental e uma vinculação muito grande também (P2 Grupo Focal 5).

Uma das equipes destacou que a promoção das atividades com a comunidade revela-se como estratégia importante para reduzir o uso de psicotrópicos por usuários com questões de sofrimento e para diminuir a constante busca de consultas individuais com os profissionais das eSF. Além disso, essa eMulti também identificou os processos grupais como necessários para fortalecer a mobilização social e o protagonismo dos usuários diante de questões desafiadoras vivenciadas na APS:

A gente pensou muito nos grupos que a gente entra, de trabalhar a mobilização social, de trabalhar os fluxos, deles entenderem como funciona e o que eles precisam estar se mobilizando para pedir estrutura para a regional né? (P1 Grupo Focal 4).

A participação comunitária é uma das diretrizes previstas pela PNAB e está em constante articulação com outras políticas que são transversais ao SUS, como a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2013). O protagonismo dos usuários nas dinâmicas de cogestão das práticas de saúde é um aspecto histórico e constituinte ao compromisso político do SUS. Nesse sentido, torna-se necessário que essa proposição participativa e denunciativa seja resgatada e incentivada nos espaços da APS. A Estratégia Saúde da Família se consolida a partir do envolvimento comunitário (Júnior & Martins, 2014). Dessa forma, a eMulti pode se configurar como uma equipe imprescindível para construir corresponsabilidades de um cuidado em saúde comprometido com a comunidade e com a vocalização de suas denúncias.

Ao longo das entrevistas com as profissionais, as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) foram assinaladas como instrumentos grupais realizados pelas eMulti para manejar as demandas de saúde mental. Elas destacaram a presença de práticas como: *Lian Gong*, Automassagem, Acupuntura, Auriculoterapia e Terapia Comunitária Integrativa. Com exceção de uma eMulti, as PICS foram identificadas como uma importante ação de cuidado em saúde mental para os usuários dos territórios. As participantes fazem apontamentos de que, por meio das PICS, as comunidades têm tido acesso ao cuidado em saúde mental no cenário da APS:

Eu sou muito a favor das práticas integrativas, né? Eu acho que ela é, principalmente para a atenção primária, a gente tem que fortalecer muito para ajudar na saúde mental. Eu acho que o melhor recurso que a gente vai ter, tem e vai ter, porque a gente precisa ampliar, são as práticas integrativas, e a gente dispõe de pouco, mas o pouco que a gente dispõe já tem um efeito sensacional. A auriculoterapia eu virei uma porta-bandeira, porque eu vejo coisas que... é quase que milagroso mesmo o efeito da auriculo (P5 Grupo Focal 4).

Eu acho que o Lian Gong também tem. Ele é uma prática que é praticamente uma meditação em movimento, então ele envolve o cuidado com saúde mental. Ele é dividido em três partes e uma das partes, ela é mais voltada para essa questão emocional e de saúde mental. E trabalha muito respiração, mais meditação e estímulo de pontos para ansiedade, para equilíbrio energético, emocional (P4 Grupo Focal 2).

As PICS se estabelecem no SUS e, mais especificamente na APS, como uma tentativa de romper com a centralidade do modelo biomédico nos cenários de saúde. Essas práticas se consolidaram no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS), em 2006 (Brasil, 2006). No contexto do Distrito Federal, desde 2001, desenvolvem-se trabalhos com essas tecnologias que visam abordar a saúde dos sujeitos por meio da integralidade e da multidimensionalidade de práticas (Lemos & Luiza, 2023). Em 2014, foi instituída a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) em que foi regulamentada a oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (Brasília, 2014).

É importante observar que as PICS/PIS apresentam uma maior incidência na APS (Tesser *et al.*, 2018). Conforme evidenciado pelas narrativas das profissionais da eMulti, as comunidades têm relatado benefícios e impactos positivos no que diz respeito às questões de sofrimento psíquico a partir da inserção destas práticas nos processos de trabalho das equipes da APS. A literatura corrobora com esses achados e demonstra que, ao se utilizar PICS/PIS no cuidado em saúde mental, há um menor uso de recursos medicamentosos, uma participação mais ativa e autônoma dos usuários em seu plano de acompanhamento em saúde e um fortalecimento de vínculo entre a comunidade e as unidades de saúde (Aguiar *et al.*, 2019; Muricy *et al.*, 2022).

Nesta pesquisa, não há intenções de desqualificar e tão pouco deslegitimar o papel destas ações no cuidado em saúde mental com as comunidades. Acredita-se, por outro lado,

na necessidade de um olhar crítico com as PICS/PIS, sobretudo pelo risco de perpetuarem uma racionalidade biomédica no sentido de permanecer com a perspectiva do sintoma. As profissionais reforçam a função das PICS/PIS em oferecer um certo alívio para as manifestações dos sofrimentos, conhecidos hegemonicamente como sintomas. No entanto, não foi visualizada a consideração das múltiplas determinações dos processos de sofrimento na condução dessas práticas.

Ainda, verifica-se que as PICS institucionalmente não consideram vivências ou contemplam outras práticas culturais, como por exemplo dos povos indígenas e da população negra (Guimarães *et al.*, 2020). É necessário ter uma crítica a respeito de qual forma as PICS têm sido construídas nos territórios. Elas, de fato, rompem com o modelo biomédico ou estão perpetuando essa lógica por meio de uma outra roupagem? É uma pergunta necessária de ser discutida entre as profissionais da eMulti e difundida com as outras equipes para que as PICS/PIS não sejam apenas uma replicação acrítica de técnicas e teorias que pouco dizem sobre a realidade cultural e social dos usuários.

As atividades coletivas em grupo anunciam outros desafios e contradições. Há um desafio posto entre os processos grupais serem reflexos das múltiplas determinações e necessidades psicossociais de uma comunidade e as atividades que são desenvolvidas como uma saída para desafogar a intensa pressão assistencial. Nessa lógica de lidar com a demanda reprimida, o grupo passa a ser um espaço desconectado dos sujeitos que lhe constituem e torna-se interesse exclusivo do serviço de saúde. A descaracterização dos fenômenos grupais como construção coletiva tem a não adesão dos usuários como uma de suas facetas:

A gente teve também um grupo de acolhimento para as pessoas, porque tem uma fila de espera enorme... eu acho que todas as equipes têm isso. Então, a gente estava fazendo isso para tentar reduzir o tempo de espera do primeiro contato com a pessoa. Só que também a gente teve uma dificuldade de adesão nesse grupo também.

Inclusive tem sido um desafio isso, assim, de como trazer os usuários para participar das atividades em grupo voltados para essa questão da temática da saúde mental (P2 Grupo Focal 2).

Eu acredito muito no trabalho de grupo, mas é a experiência que já me diz que tem...

Que tem pessoas aqui, que se eu falar que vai para um trabalho que vai ser grupo, a pessoa nem volta mais nem comigo, para eu não insistir que ela vá para grupo.

Entende? E aí eu acho que é mesmo... São coisas distintas. Você identificar e trabalhar grupo é muito importante, ok. Agora, por causa da estrutura da secretaria, por causa da falta de servidores, por causa da falta principalmente de profissionais da psicologia, você acreditar que todos os casos vão se enquadrar em grupo, isso eu não concordo (P1 Grupo Focal 3).

O que caracteriza muito [o trabalho da eMulti], pra mim, são os grupos, só que eu ainda tenho muita dificuldade porque a população não participa. Eu sinto essa dificuldade de levar os grupos que eu queria muito (P2 Grupo Focal 3).

A base da ESF e, consequentemente, das eMultis consiste em construir seus instrumentos de trabalho por meio do contexto e das diversidades territoriais. A não adesão da comunidade aos grupos desenvolvidos pode ser um termômetro importante sobre o quanto as necessidades da comunidade não estão contempladas. Alguns aspectos precisam estar em evidência: a temática está em consonância com as particularidades dos sujeitos? O espaço e o horário em que o grupo está sendo conduzido é acessível para a população? Há abertura para os usuários participarem de forma ativa? O grupo tem incorporação dos saberes populares, de artes e de outras expressões dos territórios? Tais questionamentos possibilitam uma criticidade com relação ao trabalho produzido, assumindo responsabilidades entre as equipes e evitando uma culpabilização da comunidade.

É também desafiador encontrar características que revelam a não prevalência da perspectiva interprofissional na condução dos grupos. Constantemente, as falas de algumas trabalhadoras as eMultis descrevem os grupos por meio de pronomes possessivos: “meu grupo”; “o grupo da profissional”; “grupo pertencente a uma determinada categoria profissional”. A interprofissionalidade é um aspecto em construção no cenário das políticas sociais no país. Na saúde, as complexidades que envolvem as ações interprofissionais se expressam de forma mais marcante pela trajetória formativa de grande parte dos profissionais ter sido forjada à luz do modelo biomédico e sob uma função pragmática.

Além disso, a lógica neoliberal e as condições de precarização dos processos laborativos subordinam o cuidado a uma instância gerencial, e os processos grupais se materializam por meio de um enfoque utilitarista. Os debates, as trocas e os planejamentos de atividades coletivas tornam-se escassas e, diante deste cenário, os trabalhadores apresentam condições de produzir apenas um trabalho parcelarizado (Schühli & Martins, 2021).

A relevância desta pesquisa consiste em trazer esses apontamentos da realidade das eMultis entrevistadas com vistas a construir futuros caminhos em que a interprofissionalidade consiga se estabelecer e se concretizar pela potência das equipes multiprofissionais na APS. A partir dos dados levantados, entende-se que a interprofissionalidade tem desafios para se materializar nas atividades coletivas em grupo. A compreensão destes elementos desafiadores também diz sobre as direções em que as eMultis podem seguir para reconstruir suas trajetórias interprofissionais.

As tecnologias leves de cuidado também fazem parte do tripé de ações que foram reconhecidas pelas eMultis com relação ao manejo das demandas de saúde mental nos territórios. De acordo com Franco e Merhy (2012), as tecnologias leves de trabalho configuram-se de intervenções que assumem a importância dos encontros, das trocas e da subjetividade entre os atores do cuidado. São ferramentas que criam vínculos afetivos e



encorajam o reposicionamento do fazer em saúde com o coletivo (Campos *et al.*, 2019). As participantes identificaram o acolhimento e a disponibilidade para a escuta como instrumentos condutores de intervenções cotidianas das eMultis:

E eu acho que é isso o nosso papel, o acolher, essa escuta é o que faz a diferença (P3 Grupo Focal 2).

Uma coisa que é importante que eu percebo é o acolhimento, né? Mas lá na frente [recepção], acolher mesmo o paciente e dar uma resolução pra ele, uma resposta, alguma coisa que às vezes a gente peca muito, né? (P2 Grupo Focal 3).

Às vezes, elas vão no posto com essas queixas de dores e tal, assim, às vezes, é porque elas só querem conversar, entendeu? (P3 Grupo Focal 5).

A ESF tem como uma de suas notoriedades a defesa de um modelo de saúde que tenha como objetivo central o processo relacional na dimensão do cuidado com a comunidade. As diretrizes das políticas que fazem parte do conjunto da APS brasileira, como a PNAB, a PNH, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reforçam a importância das práticas assistenciais a partir de tecnologias relacionais (Brasil, 2017).

A escuta é um aspecto que atravessa a intervenção dos profissionais que atuam no âmbito das políticas públicas. A natureza das demandas que chegam aos serviços de saúde, como a APS, pode estar camuflada em sintomas e queixas de dores, por exemplo. A reinterpretação de como essas demandas são trazidas é uma importante capacidade dos profissionais que atuam na APS no sentido de conseguir escutar e reconhecer os sofrimentos que estão além das manifestações físicas (Costa *et al.*, 2013). A dimensão de uma escuta ativa e qualificada pode ser potencializada em espaços de trocas interprofissionais em que se contemple o compartilhamento de olhares e percepções.

Nesse caminho de apostar em uma *práxis* com o território, as narrativas das participantes denotam que o acolhimento e a abertura para a escuta se configuram como dispositivos possíveis para concretizar a interprofissionalidade no manejo das questões de saúde mental. As tecnologias leves de cuidado foram reconhecidas como ferramentas interprofissionais, sobretudo por não terem sido identificadas como instrumentos privativos de uma categoria profissional. Ainda, não foram observadas estruturas rígidas e engessadas em processos burocratizados, características que podem ser presentes durante o processo de acolhimento e de escuta. Pelo contrário, o acolhimento foi compreendido por meio de uma postura transversal e ética de cuidado com o usuário e com a comunidade.

Por fim, a terceira ação mencionada para a condução dos casos de saúde mental pelas eMultis no território é a articulação com a rede. De forma geral, as profissionais compreendem que o cuidado para as demandas de saúde mental também se materializa por meio da mobilização dos recursos territoriais e dos atores que compõem a rede intra e intersetorial. A APS é fundamentalmente ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017). Dessa forma, o movimento de estar imerso na rede - seja para compartilhar o cuidado dos usuários com outros serviços ou para reconhecer os pontos existentes nos territórios - é característica da ESF.

As equipes multiprofissionais na APS, por sua vez, têm como uma de suas ações prioritárias as práticas intersetoriais e de articulação com o território (Brasil, 2023), o que converge com as falas verbalizadas pelas trabalhadoras das eMultis em que há reconhecimento de parcerias importantes na comunidade:

Eu diria CAPSi, CAPSad [como parceiro]. Eu conto muito com esses esportes que tem... Aqui a gente não tem Centro Olímpico, mas tem a capoeira, tem o futebol, tem o jiu-jitsu, tem o taekwondo. São espaços que a gente sabe que... são estruturantes para a saúde mental (P1 Grupo Focal 5).

A gente sabe que existem alguns projetos sociais aqui no território que a gente acredita que também auxiliam. Tem uma escolinha de futebol, tem outras atividades também que a gente sabe que é oficina de artesanato (P2 Grupo Focal 2).

Temos na SES também o NUPAV, que atende as vítimas de violência, que é um lugar que quando a gente precisa caminhar, acionar, responde bem. O CAPSi eu já tive também, experiências, assim, de discussão de caso e tal, encaminhamentos que funcionaram, fluíram (P3 Grupo Focal 2).

A gente também tem suporte, por exemplo, na área de violência, que ajuda bastante também, né? Eu amo o Pró-Vítima que dá suporte pra gente (P5 Grupo Focal 4).

Nós temos o CEAM, que é o Centro Especializado de Atenção de Atendimento da Mulher, o Centro Olímpico. A escola eu acho que acabou sendo um parceiro comum, né? (P1 Grupo Focal 1).

A atuação das equipes multiprofissionais na APS foi constituída historicamente pela necessidade de oferecer apoio e retaguarda às equipes de saúde da família tendo em vista o surgimento de inúmeras complexidades de saúde nos territórios (Brasil, 2010). A responsabilidade sanitária das eMultis surge como um compromisso ético-político de estar e de compreender as particularidades dos territórios por meio de ações coletivas com outros agentes mobilizadores. O comprometimento com as comunidades e com os aspectos territoriais não é algo dado, mas uma construção cotidiana entre as equipes da APS e os outros pontos de apoio existentes nas comunidades. Cada realidade territorial irá apresentar formatos específicos para o vínculo entre os serviços da rede se fortalecer. As participantes pontuaram que, de forma geral, as visitas institucionais e as aproximações por meio de reuniões de rede e de discussão de caso são consideradas como os principais caminhos para a eMulti estar em interlocução com a rede.

A mobilização com outros atores do território, como lideranças comunitárias e agentes estratégicos em cada comunidade, foi vista como um caminho construído a partir de uma aproximação ética e respeitosa com múltiplas diversidades dos territórios:

Então, acho que essa proximidade e a gente se jogar no território é uma coisa que facilita, acho que é uma coisa que a gente entende, né, o território. Assim que eu falo, não é que a gente entende completamente, mas a gente tem essa... Atuando assim, a gente tem um entendimento melhor do território (P2 Grupo Focal 5).

Nesta pesquisa, houve também um movimento de reconhecer os atores internos às UBS como apoiadores no processo de cuidado para as questões de saúde mental. Esse reconhecimento de parceiros nas próprias equipes de saúde da família configura-se como um dado significativo, pois fortalece a proposta das eMultis em serem equipes que apoiam e compartilham o cuidado, e não unidades ambulatoriais e desvinculadas das eSF. Conforme já mencionado nestes escritos, os Agentes Comunitários de Saúde foram os profissionais mais mencionados pelas servidoras das eMultis como parceiros que viabilizam o cuidado em saúde mental a partir do território.

As profissionais das eMultis apontaram a existência de instâncias colegiadas como relevantes ferramentas coletivas de mobilização e de articulação entre as equipes. As trabalhadoras identificaram a presença do Colegiado das eMultis da Região de Saúde, que acontecem por encontros bimestrais, como espaço privilegiado para discussão de processos de trabalho e para organização de estratégias conjuntas de cuidado com a comunidade. A Câmara Técnica dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (CTNASF-AB) também foi assinalada como uma importante instância colegiada para apoiar e aproximar os trabalhos desenvolvidos pelas eMultis com a gestão da SES-DF:

Tem a reunião da Câmara Técnica, que é um espaço privilegiado, eu acredito, no sentido de poder levar essas demandas que têm de processo de trabalho, a realidade da comunidade e ter um respaldo dentro da Secretaria de Saúde. Aí a Câmara Técnica está funcionando. E pelo tempo que eu tô lá, algumas coisas já foram seguradas, protegidas e direcionadas em relação ao processo de trabalho por causa da resistência da câmara técnica (P1 Grupo Focal 3).

Os dados discutidos nesta seção temática reforçam o entendimento amplo e plural da ação de articular em rede pelas eMultis. Da mesma forma em que o conceito de saúde mental defendido por essa pesquisa, e manifestado nas falas das profissionais das eMultis, se expressa por meio do sentido de produção de vida, a interlocução com a rede também simboliza os processos de potência de vida em cada território. Nesse sentido, há articulação com as histórias dos usuários, com os serviços existentes, com espaços de mobilização comunitária e com coletivos fortalecidos de profissionais das eMultis.

### ***“Só a gente sabe como que tá sendo para dar conta”*: as repercussões da precarização da Rede de Atenção Psicossocial**

Este terceiro tema foi composto pelos principais desafios observados pelas profissionais das eMultis na condução do trabalho com as questões de saúde mental na APS. Ele contém as reverberações dos pontos desafiadores evidenciados pelas entrevistadas tendo em vista que apresentam raízes em um projeto político de enfraquecimento da ESF e de precarização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Inicialmente, considerando a interprofissionalidade como fio condutor desta pesquisa, observou-se que as práticas interprofissionais também foram caracterizadas pelas profissionais da eMulti como ações dificultosas de serem operacionalizadas no contexto da APS do Distrito Federal. As participantes identificaram que, de forma recorrente, há um predomínio da lógica do encaminhamento dos casos complexos para as eMultis e não do

compartilhamento de estratégias de cuidado. A lógica de trabalho baseada em processos biomédicos e a herança ambulatorial e fragmentada que marca a história da APS no DF são pontos que dificultam a realização da interprofissionalidade.

Nesse caminho em que a perspectiva biomédica se materializa como racionalidade central nas relações de cuidado na APS, a saúde mental configura-se como um terreno de difícil acesso às eSF e uma temática quase exclusiva da psicologia. As profissionais destacaram que percebem a existência de questões relacionadas à insegurança e à permanência de estigmas e mitos com relação às pessoas que apresentam alguma questão de sofrimento por parte da eSF:

O que eu percebo, né? Que os profissionais não se sentem seguros para fazer essa intervenção. E aí, assim, eu acho que ainda tem muito aquela percepção de que o cuidado em saúde mental está ligado aos psicólogos. Isso ainda é uma visão muito arraigada. E aí, eu acho que isso é uma barreira muito grande (P2 Grupo Focal 2).

Elas pontuaram que a utilização das ferramentas de cuidado compartilhado em saúde mental, como o apoio matricial e os espaços das reuniões de equipe, tem sido descontinuada, sobretudo pelo contexto de enfraquecimento da ESF. As profissionais afirmaram que os períodos de crise na saúde, como a pandemia de Covid-19 e as condições de saúde que apresentam comportamentos sazonais no DF, intensificam o processo de trabalho a partir de uma visão ambulatorial e de uma utilização escassa dos recursos territoriais:

Devido à demanda alta da unidade e sobrecarga para os profissionais, houve uma diminuição, mas, mesmo assim, sempre se manteve as reuniões. Não como a gente queria, mas sempre se manteve. Veio a pandemia e aí a gente teve que, de fato, abrir mão desse processo de trabalho de reunião. Depois da pandemia, com muito custo, a

gente retomou, só que a gente entrou num processo agora que realmente as reuniões não estão acontecendo, são poucas as que acontecem (P1 Grupo Focal 3).

Por exemplo, a gente não tem reunião com as equipes [de saúde da família] desde janeiro. Aí a gente vai aqui, ó, no calendário e a gente reserva, mas, por exemplo, eu não sei se a gente vai ter essas reuniões (P2 Grupo Focal 1).

A gente tem que dar conta da crise, que é a próxima crise. Então uma hora é a dengue, aí daqui a pouco vem o Covid, aí daqui a pouco vem a Influenza e vem outras questões que vão gerando uma pressão de porta, e essa pressão de porta é sempre um elemento que está ali e que acaba fazendo com que as equipes não consigam fazer esse trabalho da Estratégia de forma tranquila (P2 Grupo Focal 2).

Foi possível constatar que as profissionais compreendem que, diante de contextos desafiadores, é necessário que os serviços - e os seus processos de trabalho - se reorganizem em função do surgimento de novas demandas e necessidades de saúde. A pandemia da Covid-19, por exemplo, foi um cenário que exigiu da APS e de seus trabalhadores um reposicionamento de ações (Soares & Fonseca, 2020). Os elementos de prevenção, de identificação de grupos com maior vulnerabilidade social e de vigilância epidemiológica tornaram-se mais presentes nas rotinas das UBS (Medina *et al.*, 2020).

O tensionamento que se pretende fazer nestes escritos não diz respeito à reconfiguração laborativa exigida para as demandas de saúde, até porque a ESF tem como um de seus fundamentos a territorialização em saúde. No entanto, objetiva-se compreender em qual medida os diversos atravessamentos que historicamente vulnerabilizam a ESF foram se materializando e se fortalecendo no contexto pandêmico, estendendo-se até os dias atuais. Os acontecimentos históricos não são fatos isolados. Eles se desencadeiam como o resultado de um complexo processo de relações sociais, econômicas e políticas que se desenvolvem ao

longo do tempo. Dessa forma, o presente carrega os desdobramentos de contradições anteriores, evidenciando que a história é um fluxo contínuo de transformações. Considera-se que, anteriormente ao cenário de crise política, sanitária e econômica descortinada pela condução negacionista do último governo federal, a APS já vinha sendo alvo de intensas ações gerencialistas (Medina *et al.*, 2020). A revisão da PNAB, em 2017, é um exemplo contundente que indica uma fragilização dos componentes territoriais e de participação social da Estratégia Saúde da Família.

Em 2019, o Programa Previne Brasil também simbolizou uma desestruturação da ESF e, em consequência, das equipes multiprofissionais, ao estabelecer um novo modelo de financiamento da APS e ao revogar medidas que definiam os parâmetros e custos dos antigos Nasf-ab (Santana *et al.*, 2022). Ainda, o fortalecimento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e de outras formas de privatização de gestão das UBS nos municípios brasileiros trazem precariedade às relações trabalhistas em grande parte das equipes. A dimensão mercantilista cada vez mais amplificada nas relações de cuidado possuem implicações na fragilização do vínculo entre a saúde e o território, comprometendo a coordenação e a longitudinalidade do cuidado na APS (Medina *et al.*, 2020).

Essas ameaças somadas ao gerenciamento mercadológico da pandemia e os seus indícios pautados na necropolítica (Oka *et al.*, 2024), abriram margem para contínuos impactos no trabalho desenvolvido na APS, especialmente pela as eMultis. Nesse sentido, ressalta-se o caráter permanente de desmonte das políticas de saúde e a permanência de um projeto político neoliberal cada vez mais sofisticado e que se adapta às especificidades de cada território no país. No contexto do Distrito Federal, as profissionais refletiram que um dos mecanismos que fortalece essa lógica neoliberal no manejo das demandas de saúde mental é a imensa pressão assistencial que a APS tem recebido.



O primeiro aspecto acentuado pelas participantes como estruturante para essa demanda assistencial elevada foi a epidemia da dengue decretada como emergência de saúde pública no DF em janeiro de 2024. Essa sobrecarga na assistência teve repercussões no trabalho desenvolvido pelas eMultis. Muitas servidoras foram deslocadas de suas funções para atuarem nas tendas de atendimento para dengue. Outras profissionais, tiveram que cobrir as faltas dos servidores das equipes mínimas em escalas nas próprias UBS o que, por vezes, gerou uma série de cancelamentos das atividades realizadas pelas eMultis de forma conjunta com as eSF.

Esse estudo foi conduzido no cenário da APS entre os meses de abril e maio de 2024. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Semana Epidemiológica (SE) 21 de 2024 (31/12/2023 a 25/05/2024) produzido pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) da SES-DF, foram notificados 286.792 casos suspeitos de dengue, dos quais 263.700 eram prováveis. Foi constatado que, neste período, houve um aumento de 1.242,2% no número de casos prováveis de dengue nos moradores do DF se comparado ao mesmo período de 2023, em que foram registrados 19.210 casos prováveis. Até o momento em que a pesquisa foi conduzida em campo, 382 pessoas tiveram seus óbitos confirmados em razão da dengue (Brasília, 2024).

Os dados anunciam um dos piores cenários brasileiros de emergência em saúde pública com relação à epidemia de dengue. Ainda, denunciam uma gestão da SES-DF marcada por negligências e falta de planejamento, o que intensifica a precarização do trabalho coletivo e territorial das profissionais da saúde. Essa realidade foi discutida durante os grupos focais:

A pandemia não, a pandemia realmente pegou todo mundo de surpresa. Mas a dengue, os problemas respiratórios, a gente sabe que tem possibilidade de uma mínima previsão, né? Tem muito desvio de profissional pela questão das tendas.

Então, o médico saiu, todos os profissionais saíram. A gente tem uma função enquanto eMulti, mas a gente também tem uma função enquanto UBS. Então, por isso que a gente entende a necessidade da UBS. Só que a gente entende que cada vez mais a política de saúde vai ficando mais precária e a gente, tentando dar conta de atender a comunidade, acaba colaborando com isso. Porque quando a gente tapa esse buraco, pro governo tá tudo ok (P1 Grupo Focal 3).

E aí, assim, qual é o maior dificultador? Eu acho que é a falta de planejamento, de que, por exemplo, vão vir questões respiratórias. A dengue... o que foi a dengue no DF? Acho que não... Mas assim, eu tenho a sensação de que se a gente tivesse fazendo essa Estratégia, se a gente não tivesse a pior saúde da família do país, a gente não teria passado tudo que a gente passou (P1 Grupo Focal 5).

A saúde trata essas sazonalidades como se fossem coisas inesperadas, né? Então, nossa! Ninguém sabia que início de ano ali começa a chuva, né? E tem um surto de dengue. Ninguém sabe que isso acontece. Ninguém sabe que agora, abril, maio, junho, junho, vai ter as questões respiratórias (P2 Grupo Focal 1).

E aí não se preparam, né? Não se preparam. E tudo acaba desembocando onde? Na APS, que recebe a vacina, tem que testar, aí tem que virar, né? Então, realmente, o serviço fica muito atrapalhado (P1 Grupo Focal 1).

Algumas condições de saúde apresentam comportamentos sazonais, como é o exemplo da dengue no Distrito Federal, o que, por essa característica, tem-se a necessidade de planejar ações de saúde que contemplem essa especificidade sazonal. Verifica-se que a gestão da SES-DF apresentou uma postura inadequada ao dificultar a implementação de ações que poderiam ter sido estratégicas para o enfrentamento da dengue na unidade federativa. Um exemplo importante que simboliza esse descaso foi a constante fragilização

do vínculo empregatício, por meio de contratos temporários, de atores importantes no processo de mobilização da comunidade com campanhas educativas e de fiscalização de áreas com maiores riscos, como os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde (AVAS) (Brasília, 2021). Os contratos foram encerrados e a SES-DF mobilizou o provimento de concurso público apenas no final de 2022, sendo nomeada uma quantidade insuficiente de profissionais até junho de 2024. Esse projeto de precarização da saúde sufocou o contexto de trabalho na APS e provocou desalinhamentos nas práticas assistenciais de cuidado no coletivo.

O segundo ponto reforçado pelas participantes no que diz respeito ao aumento da sobrecarga da APS está relacionado à fragilização da articulação entre os pontos da RAPS. Em todos os cinco grupos focais, a Atenção Secundária (AS), sobretudo localizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi reconhecida pela ausência em oferecer suporte adequado para as demandas de maior gravidade que chegam na APS. A condução do grupo focal foi sendo delineada para que houvesse um mapeamento dos parceiros do território no cuidado em saúde mental. Os CAPS foram identificados como serviços que, institucionalmente, fazem parte da rede e dos processos de articulação do cuidado. No entanto, no contexto prático, as trabalhadoras pontuaram que, na maior parte das vezes, não há possibilidade de parceria com esses dispositivos.

Mencionaram que o pouco espaço de troca entre a APS e os CAPS acontecem por meio de contatos pessoais e que nem sempre são ativos e permanentes, pois há uma rotatividade importante de servidores na Região de Saúde. A falta de um cenário protegido para a interação e o estabelecimento de diálogos colaborativos entre as servidoras foi trazida como um componente que consolida a lógica vertical e fragmentada da RAPS. Foi possível constatar que os serviços de saúde existem no território, porém seus processos de cuidado em saúde mental são desconectados. A crítica revelada pelas trabalhadoras das eMultis não foi

pontuada no sentido de culpabilizar o CAPS por não estar conseguindo assumir as demandas graves de sofrimentos dos territórios. Pelo contrário, as participantes explicitaram compreender o projeto em curso de desmonte da lógica psicossocial. Elas identificaram pontos como: a falta de profissionais nos CAPS, questões relacionadas à estrutura física dos serviços para receberem os usuários e, sobretudo, um descomprometimento com a atenção psicossocial no âmbito da gestão.

A gente visualiza com o parceiro, mas que tá extremamente, vamos dizer, sucateado, pode falar assim, o CAPS aqui [Região Administrativa], que carece de profissional (P1 Grupo Focal 1).

Atores da rede a gente tem, é como eu falei, só que, pelo que eu converso com todos os atores, estão todos também meio baqueados com algumas dificuldades de estrutura (P1 Grupo Focal 3).

Na verdade o serviço todo está colapsado, né? Principalmente com relação à saúde mental. Então, hoje a gente tem os que a gente já sabe, né, da própria rede, o CAPS, o infantil, o adulto, o CAPSad. Em alguns casos a gente consegue, o suporte, outros casos, não. Tem uma dificuldade de equipe no CAPSad, principalmente no CAPS adulto (P5 Grupo Focal 4).

Isso, pra mim, é muito claro, os CAPS estarem como estão, a falta de prioridade, de atenção, de importância dada pela Secretaria (P3 Grupo Focal 2).

O território estudado abriga três modalidades de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Embora a Região de Saúde escolhida para essa pesquisa comporte três importantes modalidades dos serviços

substitutivos, a questão da mobilidade e do acesso dos usuários aos equipamentos de saúde mental ainda se configura como um desafio importante. Os três CAPS localizam-se em Regiões Administrativas (RA) distantes entre si dificultando acesso ao cuidado psicossocial na AS. As profissionais também notaram que há um descompasso do cuidado em rede pelo fato de outros serviços especializados de saúde mental, que compõem a RAPS, serem concentrados, em sua grande maioria, na área central do Distrito Federal.

Além de tudo, o CAPSad fica em outra regional, é distante pros pacientes. O [CAPS] infantil é em [outra RA] (P1 Grupo Focal 4).

O Relatório Técnico organizado pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, emitido em 17 de maio de 2023, busca analisar a realidade dos Centros de Atenção Psicossociais do DF (Ministério Público da União, 2023). Inúmeros resultados preocupantes foram apresentados nesse documento e dialogam fortemente com os achados dessa pesquisa, tais como: a) a maior parte dos CAPS do DF operam com atendimento a parcelas populacionais muito superiores às suas capacidades técnicas; b) os serviços dos CAPS, de forma geral, englobam sempre mais de uma região administrativa, o que representa prejuízos nas conduções de atividades territoriais e comunitárias e dificulta o acesso dos usuários; c) o deslocamento de transporte coletivo para os CAPS da Região de Saúde selecionada para o estudo dura mais de uma hora e d) as atividades de atenção psicossocial acabam sendo restritas aos espaços dos CAPS, com baixa capilaridade nos territórios e com dificuldade para promover articulação de rede e de execução de ações de apoio matricial.

As profissionais evidenciaram a não continuidade do acompanhamento psicossocial no nível secundário e, por sua vez, uma intensa sobrecarga dos casos de alta complexidade em saúde mental na APS. Devido a esse contexto de precarização da RAPS, as eMultis e as equipes de saúde da família têm absorvido muitas demandas que seriam conduzidas

prioritariamente em outros níveis de atenção. Ainda, reafirmaram que as equipes da APS têm atuado por meio de uma rotina de trabalho com dinâmicas ambulatorizadas nos quais espaços de trocas entre os profissionais não se constituem como prioridade.

As trabalhadoras afirmaram que com esse projeto de desarticulação e fragmentação do cuidado em rede concretiza-se a impossibilidade de executar um trabalho voltado para ações de promoção de saúde mental na APS. As intervenções comunitárias, assim como os dispositivos de cuidado coletivo, tornam-se cada vez mais escassas diante do cenário de precariedade da Rede de Atenção Psicossocial. A percepção das profissionais é que essas características marcantes da atenção primária estão se perdendo e sendo transformadas em um cenário de urgência e emergência, com a prevalência de elementos ambulatoriais e encaminhativos no processo de trabalho:

A gente entende que é um serviço [CAPS] que está bem precarizado e que por isso também, mas acaba que a gente não tem suporte. Porque, em tese, a gente teria que cuidar dos usuários de baixa complexidade. Mas a gente cuida dos de baixa, média e alta complexidade (P2 Grupo Focal 2).

A gente tá numa situação também tensa nessa questão porque acaba que a secundária não tá dando suporte porque não consegue, mas a gente que tá aqui na ponta tá tendo que fazer o trabalho da primária, o trabalho da secundária e ainda receber e dar paulada porque a gente que tá cara a cara com o paciente (P2 Grupo Focal 4).

Eu acho que as eSFs viraram uma UPA, né? Na verdade, por conta... Quando foi COVID, depois foi a dengue. Aí o médico, não é culpa dele, ele não consegue ouvir. Às vezes o paciente quer até falar, mas uma coisa bem pontual, só daquela queixa principal do dia, mas ele não tem tempo às vezes de ouvir aquela questão da

saúde mental também, entendeu? Aí quando a pessoa já chega às vezes com uma crise e aí já passa o caso, entendeu? (P3 Grupo Focal 5).

Conforme pontuado por Costa e Farias (2021), a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) apresentou inúmeros avanços sobretudo no que diz respeito à forma como a saúde mental, a loucura e o sofrimento foram compreendidos no âmbito político e cultural. É justamente por todo esse processo de transformação alcançado que esse movimento se torna alvo constante de retrocessos. A atual conjuntura de recrudescimento da lógica neoliberal sinaliza um movimento de inflexão na condução das políticas sociais no país (De Seta *et al.*, 2021). Com relação à RAPS, desde sua instituição por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, é possível observar algumas contradições internas importantes, como a institucionalização das Comunidades Terapêuticas (CT) como ponto de atenção nesta política (Brasil, 2011). Ainda, a partir de 2016, tem-se um salto qualitativo expressivo de um conjunto de ações que avançam em princípios antimanicomiais, denominados como Contrarreforma Psiquiátrica (CP) (Oka & Costa, 2022).

Nesse sentido, é possível visualizar que uma das expressões deste contorno singular da CP no DF é sua representação como um dos piores exemplos em termos de rede de serviços substitutivos, fundamentados na atenção psicossocial, no âmbito brasileiro (Brasília, 2022b; Ministério Público da União, 2023). Na realidade das eMultis, essa conjuntura provoca um desfecho de intervenções solitárias relacionadas às demandas de sofrimento: sem apoio das equipes de saúde da família e de outros atores dos territórios. As atividades coletivas são os maiores exemplos dessa experiência isolada da eMulti.

As profissionais também destacaram que a preocupação gerencialista com indicadores e com metas teve repercussão no contexto de trabalho das eSF e, por consequência, das eMultis. Embora o contexto do DF tenha sido diferenciado com relação aos outros municípios no que diz respeito à manutenção das equipes multiprofissionais, a lógica do

programa Previne Brasil também se manifestou nesse cenário. Houve incentivo para que as equipes da APS direcionassem suas práticas para as ações estabelecidas e sugeridas no documento, como forma de garantir o repasse financeiro. Com isso, o cuidado orientado pelas necessidades do território e fundamentado em uma construção coletiva em rede deixou de ocupar a centralidade no trabalho, resultando em uma APS que se torna limitada em suas funções de coordenação e ordenação da rede.

As servidoras das eMultis apontaram que há uma limitação importante do trabalho realizado devido às questões estruturais. Das cinco equipes entrevistadas, três atuam como itinerantes, isto é, são eMultis que dão apoio a mais de uma Unidade Básica de Saúde do território. Elas identificaram que a itinerância em si não é um limitador do trabalho, mas a ausência de estrutura mínima para lidar com essa demanda prevista. A falta de transporte para manejar essa mudança de unidade, ou até mesmo para realizar visitas domiciliares, é um exemplo.

Além disso, foi recorrente nas falas das participantes a percepção de que seria necessária a previsão de novas eMultis para oferecer suporte adequado à extensa área de cobertura que atualmente elas têm sido responsáveis. Uma das equipes entrevistadas apresentou uma problemática com relação ao déficit profissional que estão enfrentando. Quando o grupo focal foi realizado, esta eMulti apresentava um déficit de 180 horas de profissionais. De acordo com a Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, a equipe que esteja vinculada com no mínimo 10 e no máximo 12 eSF é classificada como equipe Multiprofissional Ampliada em que cumpre uma carga horária mínima de 300 horas semanais por equipe (Brasil, 2023). No caso desta eMulti, as profissionais atuam de maneira corresponsável com 10 eSF, porém apresentam em sua composição apenas três profissionais de 40 horas. Elas afirmaram que, por diversas vezes, pautaram essa situação em espaços



decisórios importantes no âmbito da gestão da SES-DF, mas até o momento da entrevista a realidade ainda não tinha sido mudada.

Em diálogo com esses dados, a gestão local foi reconhecida como um espaço contraditório e pouco protetivo para o trabalho das equipes multiprofissionais. O papel do gestor das Unidades Básicas de Saúde foi descrito como distante do cotidiano da APS, com profissionais assumindo esse cargo sem experiência prévia no âmbito da atenção primária. As entrevistadas discutiram também sobre o alto nível de rotatividade dos gestores nas UBS, o que representa impacto significativo na continuidade das ações e das pactuações implementadas. A gestão local foi identificada como um mecanismo de não embarreiramento das atividades das eMultis, mas de pouco reconhecimento das intervenções em saúde desenvolvidas pelas eMultis.

A crítica com relação à gestão central perpassou todo o processo reflexivo neste terceiro tema. As ações gerenciais conduzidas pela SES-DF foram caracterizadas por ambiguidades e por conduzirem um projeto político de desmonte da RAPS e da ESF, em consonância com projetos governamentais a nível federal. O trabalho nas políticas públicas, embora seja reconhecido como fundamental para a efetivação de alguns direitos sociais, também expressa contradições significativas (Baima & Gusso, 2019). As políticas sociais, por estarem vinculadas ao Estado, não possuem a pretensão de romper com a ordem e com estrutura capitalista, ainda mais na atual conjuntura em que a correlação de forças se encontra mais fragilizada para a classe trabalhadora (Costa *et al.*, 2023). Reconhecer os seus limites e compreender que as políticas sociais não constituem, por si só, a via para a plena realização dos interesses coletivos é um aspecto essencial para as profissionais das equipes multiprofissionais na APS.

Em todo o percurso de aproximação com os grupos focais, o limite da política de saúde foi evidenciado pelas participantes, especialmente por elas estarem vivenciando-o

cotidianamente. Contudo, nota-se que essa reflexão se mantém relativamente distante da análise do modo de produção capitalista nessa dinâmica. Mesmo que essa crítica ainda esteja sendo manifestada de maneira tímida pelas eMultis da Região de Saúde entrevistada, é possível identificar que as equipes utilizam de estratégias para subverter essa lógica anunciada.

### **“A gente tá muito no território”: o compromisso ético-político da eMulti com os territórios**

Este tema final reuniu indicadores do compromisso das eMultis com os territórios como uma estratégia de tensionar o contexto desafiador da RAPS e da ESF no DF. Ele descortina algumas saídas e horizontes apontados pelas profissionais para romper e tensionar o processo de precarização e de intensificação da desestruturação da RAPS.

A entrada cuidadosa no território revela-se como uma preocupação presente nos processos de trabalho das eMultis entrevistadas. Elas compreendem que esse acesso às dinâmicas territoriais acontece pelo fato delas respeitarem a construção histórica, social e cultural das comunidades e dos seus integrantes. A imersão no território não ocorre apenas devido à previsibilidade das políticas da APS, mas emerge como uma oportunidade de construir o cuidado sob uma perspectiva diferenciada. A disponibilidade para entender as conexões e as necessidades dos territórios ocorre por meio de um movimento colaborativo e com a presença de agentes e de dispositivos que também ocupam esses lugares. É perceptível, portanto, que há um movimento contínuo de territorialização pelas eMultis.

E a gente não tem medo do território, assim. Não tem medo em nenhum sentido (P2 Grupo Focal 5).

A aproximação com o território exige alguns cuidados importantes e eles foram enunciados pelas equipes ao longo dos grupos focais. A destituição de ser salvador/salvadora

do território foi considerada como um passo importante para a valorização do conhecimento e das vivências das pessoas que ocupam territórios. Historicamente, o lugar ocupado pelos profissionais da saúde foi concebido de uma forma verticalizada, em que há uma sistemática desconsideração pelas falas, pensamentos e atitudes dos integrantes das comunidades. Nesse sentido, os trabalhadores da saúde são frequentemente enxergados como os únicos capazes de intervir na realidade, detendo o poder do conhecimento e ajustando as diversidades populares. O conhecimento popular e territorial torna-se constantemente desvalorizado e com pouca possibilidade de atuação nos espaços das políticas de saúde. Romper com esse padrão histórico da saúde e acreditar que o território pode desenvolver estratégias criativas de cuidado têm sido uma das estratégias utilizadas pelas eMultis.

É, e sempre nisso, né? Essa perspectiva de que a saúde da família, na verdade, é um território vivo, né? Assim, e a gente olhando o tempo todo a potencialidade deles mesmos (P1 Grupo Focal 5).

Outro alerta levantado pelas profissionais destaca que a imersão nos territórios não é viável se realizada de forma isolada e sem o devido apoio. O componente multiprofissional que faz parte da composição das equipes é necessário para um diálogo comprometido com as comunidades. Ainda, a viabilidade de estar com as populações diversas que ocupam os territórios expressa-se pelo caráter interprofissional e intersetorial do trabalho executado pelas eMultis. Desse modo, observa-se que as possibilidades de estar com o território de uma maneira ética-política e comprometida socialmente expressam-se pela articulação com a rede que transita entre diferentes atores e níveis de atenção, promovendo diálogos intersetoriais, fortalecendo parcerias locais e identificando o protagonismo das comunidades.

A dimensão ética-política defendida por essa pesquisa relaciona-se à compreensão de que o compromisso é resultante de uma ação transformadora no mundo - *práxis* - que esteja em conformidade com a perspectiva de transformação social e de defesa dos direitos

humanos. De acordo com Yamamoto (2012), toda ação profissional possui em si um aspecto político, tendo em vista que o trabalhador se encontra envolvido com as relações de poder na sociedade.

Nesse sentido, o compromisso orienta-se pela caracterização de atores políticos, e não meramente reprodutores de ações técnicas, que estão voltados para o fortalecimento das maiorias populares. Mesmo que dentro de um limite reconhecido, uma *práxis* ética-política repensa o processo histórico de ajustamento e adaptação dos sujeitos e questiona os caminhos que podem modificar radicalmente a realidade (Costa *et al.*, 2023). É neste sentido que se objetiva reconhecer os aspectos que se desenham como ações de compromisso ético-político das equipes multiprofissionais.

Os resultados demonstraram que os usuários dos serviços da APS são os principais atores - e na maior parte das vezes os únicos - a reconhecerem a potencialidade do trabalho das eMultis. Constantemente, os usuários oferecem retornos positivos sobre as repercussões das intervenções realizadas pelas eMultis em seus acompanhamentos. Além disso, eles legitimam as profissionais das equipes como as principais agentes de vínculo e de mediação no acesso aos serviços de saúde:

A gente fica muito preso também nas questões, nas dificuldades, nas limitações do trabalho, enfim... da Secretaria e acho que o *feedback*, o retorno do usuário move muito a gente também. É importante (P3 Grupo Focal 2).

Mesmo que uma atuação muito limitada da gente em relação a ele [usuário], mas que a gente vê que tem um impacto. E aí eu acho que o retorno maior, às vezes, o usuário nem... ele nem sinaliza necessariamente assim, né? “Ah, eu estou melhor”. Mas você percebe muito claro pelas falas, pela estabilização mesmo de várias situações (P2 Grupo Focal 2).

A adesão é a primeira coisa que te confirma que você tá fazendo um bom trabalho (P2 Grupo Focal 4).

Algumas pessoas da comunidade mesmo deram devolutivas lindas, sobre quão importante era aquele grupo, sobre a diferença que fazia na vida da comunidade, fora, claro, dos desafios e obstáculos. Mas ressaltaram essa gratidão por aquele momento, por aquele movimento, por aquela prática integrativa na comunidade em si (P1 Grupo Focal 1).

Por entender que os sujeitos que transitam no território são também parte de suas expressões, a identificação da comunidade com as equipes tem a potencialidade de evidenciar que o trabalho das eMultis tem raízes e se concretiza a partir do engajamento comunitário. As participantes destacaram que o movimento de estar no território é permanecer construindo formas coletivas de cuidar e de oferecer espaço de produção de saúde mental. De acordo com Dimenstein et al. (2022), é por meio da atuação com o território que as equipes multiprofissionais conseguem levar as ações de saúde mental a espaços remotos e com baixa capilaridade, ampliando o alcance e a efetividade dessas intervenções psicossociais.

Essa atuação coletiva tem incentivado as trabalhadoras das eMultis a refletirem sobre as práticas desenvolvidas em parceria com a comunidade. Elas entendem que o desenvolvimento de ações com o território não deve ser guiado exclusivamente por necessidades pontuais dos servidores ou pressionado por demandas assistenciais cotidianas. Pelo contrário, as atividades devem estar cada vez mais alinhadas às necessidades reais dos territórios. Dessa forma, o compromisso ético-político se consolida na medida em que as atividades deixam de ser uma mera execução de ações para se tornarem práticas com propósito e significado dentro do contexto comunitário. As reuniões de alinhamento entre as equipes multiprofissionais foram destacadas como estratégias para esse movimento reflexivo

e colaborativo de fazer com, evidenciando que os elementos interventivos emergem da realidade local e retornam a ela como práticas transformadoras (Costa & Lordello, 2019).

É importante ressaltar que, embora as equipes multiprofissionais tenham destacado sua atuação com base no território, alguns aspectos territoriais, como a dimensão de raça/etnia, não foram mencionados nesta pesquisa. A ausência desse elemento estruturante nas narrativas analisadas não implica, necessariamente, que ele esteja ausente nas práticas das eMultis entrevistadas. No entanto, aponta para a necessidade de tirar a questão racial do lugar socialmente percebido como “democrático”. Não se pode falar em democracia racial quando uma dimensão que é fundamentalmente constitutiva das relações sociais brasileiras deixa de ser discutida e reverberada nas práticas cotidianas.

Os vazios históricos da interseção entre saúde mental e relações étnico-raciais são características marcantes no cenário do país, mesmo que essa aproximação seja tão necessária. É importante ressaltar que os debates sobre a diversidade étnico-racial na Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda são escassos na literatura científica, o que sinaliza os próprios efeitos do racismo no país, dificultando a percepção da racialização nos processos de saúde mental (David *et al.*, 2024). Um exemplo emblemático deste afastamento dos diálogos étnicos-raciais na saúde mental diz respeito ao apagamento epistêmico das contribuições de Frantz Fanon para a RPB e para a Luta Antimanicomial (Passos, 2018).

Dessa forma, defende-se que o compromisso com o território se expressa de forma efetiva para a transformação social quando os seus atravessamentos são integralmente considerados e discutidos no desenvolvimento de ações em saúde. Assume-se que os achados desta pesquisa representam um recorte temporal e epistemológico, sem pretensões de abarcar toda a complexidade da dimensão do trabalho realizado pelas eMultis estudadas. No entanto, compreendendo que a ciência também possui responsabilidade, este estudo busca, dentro de

suas limitações, traduzir as lacunas observadas em proposições possíveis de serem operacionalizadas no contexto das eMultis.

Destaca-se a urgência no desenvolvimento de projetos de caráter formativo e de educação permanente que visem transformar a lógica colonial presente nas formações dos profissionais de saúde da APS. As eMultis podem desempenhar um papel crucial como elo fomentador dessa *práxis*, contribuindo para a criação e fortalecimento de espaços que valorizem a ancestralidade, a memória e a história da população negra, consolidando, assim, o compromisso ético-político com as formas de produção de vida nos territórios.

### **Considerações finais**

Este estudo evidencia que as eMultis não estão distantes desta compreensão e nem tão pouco imunes de serem capturadas por essa perspectiva. Pelo contrário, foi observado que elas se posicionam diante destes processos de desmobilização do trabalho realizado em seus territórios. As eMultis vocalizam tentativas de contrapor essa retomada de desmonte das políticas de saúde. A aposta conferida no trabalho interprofissional, por mais que ainda não esteja totalmente consolidado nas eMultis entrevistadas, configura-se como um horizonte de transformação e de tensionamento para um modelo de saúde que seja orientado para o território. Acredita-se que a composição multiprofissional das equipes pode ser um impulsionador para resgatar a proposta de cuidado interprofissional em saúde mental por meio de múltiplas contribuições.

O comprometimento das eMultis com os territórios expressa-se por meio das atividades coletivas, do uso de tecnologias leves de cuidado em saúde mental e da articulação com a rede intra e intersetorial. O reconhecimento e a identificação dos usuários com as profissionais destacam-se como um retorno de um trabalho efetivo e voltado para as necessidades das comunidades, ainda que de uma forma precarizada e longe de um ideal

societário. Nesse sentido, verifica-se que as equipes multiprofissionais na APS são instrumentos necessários para a defesa da atenção psicossocial e estratégias para capilarizar a interprofissionalidade no SUS.

Estes escritos apresentam uma contribuição significativa para a ciência e para a área da saúde coletiva tendo em vista que se propõem a discutir as interfaces entre a APS e a saúde mental no SUS. O enfoque conferido às eMultis e às práticas interprofissionais evidencia a relevância de abordar duas temáticas que estão em processo de reconstrução no país. Acredita-se que os aspectos retratados neste estudo podem contribuir significativamente para esse processo. A análise temática reflexiva, enquanto proposta metodológica, permite que o envolvimento com os dados tenha esse tom crítico e de tensionamento da própria realidade. No entanto, é necessário assumir que não foi possível discutir toda a complexidade que atravessa o SUS, a APS e o trabalho em saúde mental conduzido pelas eMultis. Este artigo representa um recorte epistemológico, geográfico e temporal diante da imensidão de elementos que permeiam a política de saúde brasileira.

Em pesquisas futuras, sugere-se a necessidade de contemplar as narrativas de equipes multiprofissionais de outras Regiões de Saúde do DF para compreender se há expressões territoriais diferentes no que diz respeito à interprofissionalidade em saúde mental. Além disso, pontua-se a importância de também entender as percepções das outras equipes de saúde da APS com relação à temática estudada, tendo em vista que as eMultis atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da atenção primária. Ainda, considera-se que pontos discutidos ao longo deste estudo podem auxiliar no desenvolvimento de futuros estudos interventivos com as eMultis no intuito de qualificar as práticas interprofissionais em saúde mental na APS.



## Referências

- Aguiar, J., Kanan, L. A., & Masiero, A. V. (2019). Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde em Debate*, 43(123), 1205-1218. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
- Almeida, E. R., & Medida, M. G. (2021). A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Editora Fiocruz.
- Baima, L. S., & Guzzo, R. S. L. (2019). Psicologia e questão social: considerações sobre projetos políticos da Psicologia Comunitária ao longo de sua trajetória histórica no Brasil. *Psicologia Política*, 19(44), 65-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7422825>
- Barros, A. C. F. D., & Bernardo, M. H. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 16(1), 60-74. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442017000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442017000100005&script=sci_arttext)
- Bomfim, E. S., Oliveira, B. G., Rosa, R. S., Almeida, M. V. G., Silva, S. S., & Araújo, I. B. (2017). Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: Utopia, intenção ou realidade? *Revista Função Cuidado Online*, 9(2), 526–535. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.526-535>
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Diário Oficial da União: seção I, p. 38-42. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Ministério da Saúde. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental*,

*incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* [Republicada no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, Págs. 37-38]

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)*/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)

Brasil. (2017). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Portaria 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 de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. *Diário Oficial da União: seção I*, Edição: 220, p. 97-104.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)

Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023. *Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde*. *Diário Oficial da União: seção I*, Extra B, Edição: 96-B, p. 11-18.

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

Brasília. (2014). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Política distrital de práticas integrativas em saúde: PDPIS*. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – Brasília: Fepecs.

- [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic\\_distrito\\_federal.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic_distrito_federal.pdf)
- Brasília. (2017). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*.
- [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria\\_77\\_14\\_02\\_2017.htm](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm)
- Brasília. (2021). *Diário Oficial do Distrito Federal nº 165, terça-feira, 31 de agosto de 2021*. Edital Normativo nº 55 : Processo Seletivo Simplificado para contratação temporária de Agente Comunitário de Saúde – ACS e Agente de Vigilância Ambiental em Saúde – AVAS.
- <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/173227/1.+EDITAL+NORMATIVO.pdf/35081832-26f6-c75d-e613-487e2ae07add?t=1651001352198>
- Brasília. (2022a). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios*. (Relatório Codeplan).
- [https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF\\_2021.pdf](https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf)
- Brasília. (2022b). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Saúde Mental do DF em Dados* [Relatório]. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços. Diretoria de Serviços de Saúde Mental.
- <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>
- Brasília. (2024). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico Ano 19, nº 21, maio de 2024. Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica 21 de 2024 no Distrito Federal*. [Relatório]. Subsecretaria de Vigilância à Saúde.
- [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/21\\_BOLETIM\\_SEMANAL\\_DENGUE\\_SE\\_21+DF+2024.pdf/09b8b501-449c-6bd3-d2a6-9dbfb667719a?t=1717176602290](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/21_BOLETIM_SEMANAL_DENGUE_SE_21+DF+2024.pdf/09b8b501-449c-6bd3-d2a6-9dbfb667719a?t=1717176602290)
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis, Qualitative Research in Sport. *Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. Qualitative Psychology. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26.
- <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Brito, G. E. G., Forte, F. D. S., Freire, J. C. G., Moreira, L. B., Paredes, S. O. P., & Silva, S. L. A. (2022). Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na

- produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6), 2495-2508. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>
- Campos, K. F. C. C., Marques, R. C., Ceccim, R. B., & Silva, K. L. (2019). Educação Permanente em Saúde e Modelo Assistencial: correlações no cotidiano de serviço na Atenção Primária à Saúde. *APS em Revista*, 1(2), 132-140. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>
- Coelho, L. A. M., & Costa, P. H. A. (2023, junho 3). O percurso histórico e o retorno das equipes multiprofissionais para o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS). *Esquerda Online*. <https://esquerdaonline.com.br/2023/07/03/o-percurso-historico-e-o-retorno-das-equipes-multiprofissionais-para-o-cenario-da-atencao-primaria-a-saude-aps/>
- Conceição, M. I. G. (2021). Análise temática: como fazer análise qualitativa de dados qualitativos. In E. M. F. Seidl, E. Queiroz, F. Iglesias, & M. Neubern (Orgs.), *Estratégias Metodológicas de Pesquisa em Psicologia Clínica - Possibilidades e Avanços* (pp. 67-86). Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978652512468.1>
- Corrêa, D. S. R. C., Moura, A. G. O. M., Quito, M. V., Souza, H. M., Versiani, H. M., Leuzzi, S., & Gottens, L. B. D. (2019). Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 24(6), 2031-2041. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
- Costa, L.F., Penso, M. A., Junqueira, E. L., Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C., & Bravin, C.S. (2013). Atendimento às famílias e contexto de grande complexidade. In M. R. Seixas, & M. L. Dias (Eds.), *A violência Doméstica e a Cultura da Paz* (pp. 125-135). Roca.
- Costa, P. H. A. & Lordello, S. R. (2019). Psicologia e a realidade brasileira: notas preliminares para uma práxis psicossocial. In C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz (Orgs), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea – Volume 4* (pp. 37-52). Technopolitik. [http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/PsiClin4\\_07mar20P.pdf](http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/PsiClin4_07mar20P.pdf)
- Costa, P. H.A (2020). A Questão Social na Psicologia Social: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209277>

- Costa, P. H. A., & Faria, N. C. (2021). “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(04), 1-21.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021). A miséria da psicologia brasileira: subordinação ao capital e colonização-dependência. *Revista Pesquisas E Práticas Psicossociais*, 16(2), 1–17. [http://periodicos.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/e4113](http://periodicos.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e4113)
- Costa, P. H. A., Mendes, K. T., & Pinto, M. A. (2023). Psicologia e Compromisso Social: Junção importante, problematização necessária e atual. *Psicologia USP*, 34 (e190117), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190117>
- Costa, P. H. A. (2024). *Saúde mental e luta: A luta (é) por saúde mental*. Usina Editorial
- David, E. C., Vicentin, M. C. G., & Schucman, L. V. (2024). Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 29(3), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04432023>
- De Seta, M. H., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P. (2021). Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 3781-3786. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
- Dias, M. S. A., Rodrigues, P. V., Moita, M. P., Silva, L. C. C., & Brito, M. C. C. (2023). Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2303-2312.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023>
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas. C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87.  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006)
- Dimenstein, M., Macedo, J. P., & Silva, B. I. B. M. (2022). Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, 1- 20.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333017>
- Faria, P. F. O., Ferigato, S. H., & Lussi, I. A. O. (2020). O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 28(03), 931-949. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1987>

- Franco, T. B., & Mehry, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163.  
<https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43(120), 223-239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Guimarães, M. B., Nunes, J. A., Velloso, M., Bezerra, A., Sousa, I. M. (2020). As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, 29(1), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>
- Iglesias, A., Belotti, M., & Avellar, L. Z. (2024). Matriciamento em saúde mental: Concepções, mudanças e dificuldades de profissionais da atenção básica. *Psicologia e saúde em debate*, 10(1), 191-208. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V10N1A1>
- Júnior, J. P. B., & Martins, P. C. (2014). Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em debate*, 38(102), 440-451. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140042>
- Júnior, J. P. B., & Almeida, E. R. (2023). Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
- Lemos, M. P. K., & Luiza, V. L. (2023). Política de Práticas Integrativas em Saúde do DF-Brasil: Estudo de Avaliabilidade. *Saúde em debate*, 47(137), 116-132.  
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202313708>
- Martinez, J. F. N., Silva, A.M., & Silva, M. S. (2014). As diretrizes do Nasf e a presença do profissional de educação física. *Motrivivência*, 26(42), 222-237.  
<http://dx.doi.org/10.5007/2175-8042.2014v26n42p222>
- Martins, S. T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 201-217. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100011>
- Mattioni, F. C., & Rocha, C. M. F. (2023). Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2173-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05752023>
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública* 36(8), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

- Mendes, A., Melo, M. A., & Carnut, L. (2022a). Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2), 1- 14.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
- Mendes, F. D. M., Campos, E. M. S., & Wenceslau, L. D. (2022b). Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na medicina de família e comunidade. *Revista de APS*, 25, 109 - 134.  
<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35467>
- Menezes, A. L. A., Athie, K., Favoreto, C. A. O., Ortega, F., & Fortes. S. (2019). Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface (Botucatu)*, 23(e170803), 1-17. <https://doi.org/10.1590/Interface.170803>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2024). *Manual da Estratégia e-SUS APS*. [https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS\\_APS/](https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/)
- Ministério Público da União. (2023). *Relatório Técnico nº 04/2023: Análise da Implementação de Saúde Mental no Distrito Federal: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)*. Ministério Público do Distrito Federal. Coordenadoria Executiva de Psicossocial. Assessora de Gestão de Informações Psicossociais e Políticas Públicas.
- Molck, B. V., Barbosa, G. C., & Domingos, T. S. (2021). Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, 25(e200129), 1-16.  
<https://doi.org/10.1590/interface.200129>
- Muricy, A. L., Cortes, H. M., Antonacci, M.H., Pinho, P. H., & Cordeiro, R. C. (2022). Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS na Atenção Primária. *Revista de APS*, 25(1), 70-89. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35392>
- Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 01–29. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>
- Oka, C. P. B., Coelho, L. A. M., & Lordello, S. R. (2023). Protagonismo Social no enfrentamento às vulnerabilidades na pandemia: um retrato das comunidades



- periféricas. In C. Antloga, M. C. Maesso, M. Neubern, & K. T. Brasil (Orgs.), *Estratégias da Psicologia Clínica no tratamento dos sintomas sociais: rumo aos objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU* (pp. 111-130). Editora CRV.
- Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
- Pinheiro, L. P., & Emerich, B. R. (2024). Cuidado compartilhado em Saúde Mental: o que dizem os trabalhadores? *Interface (Botucatu)*, 28(19), 1-16. <https://doi.org/10.1590/interface.230324>
- Peduzzi, M., Del Guerra, D. A., Braga, C. P., Lucena, F. S., & Silva, J. A. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13(30), 121-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>
- Peduzzi, M. (2023). Barreiras da racionalidade neoliberal para a interprofissionalidade. *Interface (Bocatu)*, 27, 1-5. <https://doi.org/10.1590/interface.230365>
- Salgado, M. A., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>
- Santana, M. P., Alves, A. M., Gama, I. C. S., Parduci, N. V., Larroque, M. M., & Luchesi, B. M. (2022). Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 1-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3033](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3033)
- Schühli, V. M., & Martin, S. T. F. (2021). Trabalho com grupos nos Centros de Atenção psicossocial: contribuições da psicologia histórico-cultural e da psicologia social latino-americana. In R. Bellenzani, & B. P. Carvalho (Orgs), *Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: pesquisas implicadas* (pp. 65-124). Editora UFMS.
- Silva, M. M., Silva, P. E., Silva, J. B., & Leite, V. T. (2021). O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: o relato de uma experiência em meio à



- pandemia de COVID-19. *Revista Saúde em Redes*, 7(1), 1-10. 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3363g672
- Silva, M. T. M. (2023). *Da individualização do sofrimento à coletivização da vida pela luta: saúde mental e juventude militante no Distrito Federal* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília. <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/49376>
- Silva, L. B., Campos, D. Z., & Araújo, M. V. R. (2024). “Mesmo que a gente seja a mão que cuida”: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.07622023>
- Soares, C. S. A., & Fonseca, C. L. R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *Journal of Management & Primary Health Care*, 12(22), 1-11. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.998>
- Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/245380>
- Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42(1), 174-188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
- Timmermann, T. A. R., Brites, L. S., & Rocha, C. M. F. (2023). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31(2), e31020270. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, 25(3), 535-549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
- Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 6-17. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500002>

### **Considerações Finais da Dissertação**

Esta dissertação é, acima de tudo, uma proposta de deixar impresso a urgência de defender um SUS público, estatal e verdadeiramente comprometido com o povo brasileiro. Como foi defendida ao longo de toda a pesquisa, a Estratégia Saúde da Família anuncia-se como uma das principais ferramentas para concretizar o direito à saúde e os princípios do SUS nos municípios brasileiros. Em 2024, a ESF comemora seus 30 anos como proposta de saúde revolucionária no cenário do país. O seu percurso histórico até aqui tem sido marcado por inúmeras transformações no sentido de fazer e construir saúde com os territórios e com as comunidades. Além de oferecer à APS do Brasil uma orientação comunitária, a ESF também introduziu as equipes multiprofissionais em seus cenários como forma de aumentar sua capacidade resolutiva e de promover um cuidado eminentemente articulado em rede.

Compreende-se que é justamente devido à proposta de mudança do modelo de saúde, expressa na APS e na ESF, que esse campo se torna alvo de constantes disputas. O primeiro manuscrito deste estudo buscou compreender o processo de legitimação e de construção da Atenção Primária à Saúde na cena da saúde pública no Brasil, bem como analisar como ela vem sendo impactada e capturada pelo avanço do neoliberalismo no país. A perspectiva da APS focalizada, seletiva e produtivista está em ascensão nas cidades brasileiras e encontra-se em consonância com a concepção de cobertura universal difundida por diversas organizações internacionais que se beneficiam da lógica do mercado. Neste ponto, é possível encontrar aspectos de uma APS ambulatorizada, com enfoque em condutas biomédicas, gerenciada por Organizações Sociais de Saúde e que ofertam serviços básicos a parte da população.

Observa-se também que o cuidado territorializado e a partir das necessidades das comunidades se torna cada vez mais desafiador. O componente multiprofissional das equipes se desfaz e passa a ser um mecanismo para conduzir práticas individualizadas e que pouco dizem sobre os reais desejos dos territórios. Nesse sentido, a saúde mental - compreendida

como demanda que entrecruza o cenário da APS - tem experimentado retrocessos importantes que também se expressam neste nível de atenção. Nesta realidade contraditória, há um terreno fértil para constantes desmobilizações do paradigma da atenção psicossocial e para o fortalecimento da lógica manicional, privatista e conservadora na condução das questões de saúde mental. O desfinanciamento dos Nasf-ab representou uma dessas ofensivas, considerando que a introdução dessas equipes multiprofissionais no âmbito da APS facilitou e promoveu o cuidado psicossocial em saúde mental com territórios e com a rede intra e intersetorial, seja na perspectiva do manejo do sofrimento quanto na produção de vida e de vínculos.

Nessa onda de desmontes, o ponto de partida de trabalho das equipes da APS deixa de ser o território e todas as possibilidades de cuidado coletivo que esse espaço pode oferecer. Nota-se que a descaracterização da APS abrangente e universal, tendo sua representação na ESF, reflete diretamente na forma como as demandas de saúde mental são conduzidas. Ainda, é comum identificar que as práticas interprofissionais vão perdendo força e sentido no cotidiano dos profissionais da atenção primária. No entanto, essa dissertação evidenciou que, mesmo em um cenário marcado por intensas contradições e particularidades que intensificam a luta de classes, há atores pulsantes nessa rede que querem colocar o bloco na rua e mobilizar *práxis* transformadoras por meio de horizontes revolucionários.

Os manuscritos 2 e 3 apresentam essa intencionalidade, tendo em vista que buscaram evidenciar como o cuidado em saúde mental tem sido concretizado no cenário da APS brasileira. Especificamente, o estudo 2 foi conduzido à luz de uma revisão integrativa de literatura que mapeou 18 publicações científicas para compreender quais são as intervenções psicossociais desenvolvidas para o acompanhamento em saúde mental na APS. Os resultados dessa revisão foram significativos ao evidenciar que a saúde mental não é um conceito homogêneo, contrariando a abordagem simplista presente em muitos estudos que incorrem

nesse equívoco. As dinâmicas das infâncias, das adolescências e das pessoas que fazem uso abusivo de drogas tiveram destaque neste manuscrito e sinalizaram a importância do manejo das demandas de saúde mental ser contextualizado. A APS é a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde. Dessa forma, os diferentes ciclos de vida e as inúmeras formas de ser e de estar no mundo fazem parte do cotidiano da atenção primária. As intervenções psicossociais em saúde mental na APS devem materializar essa pluralidade de questões que atravessam e ocupam as necessidades de saúde dos territórios, evocando um compromisso ético-político dos profissionais com as comunidades e com o rompimento das desigualdades estruturais.

As intervenções psicossociais mapeadas nesta dissertação compartilham uma característica comum: partem da realidade, reconhecendo-a como dinâmica e marcada por particularidades, e voltam-se para ela por meio de ações coletivas e compartilhadas com as comunidades. Além disso, a interprofissionalidade, embora não tenha sido explicitamente mencionada com essa nomenclatura nos artigos avaliados, evidencia-se como aspecto constitutivo das ações delineadas por esta revisão. O apoio matricial, a Educação Permanente em Saúde, o uso de tecnologias leves de cuidado e a cogestão do cuidado com o território configuram-se como ferramentas que adquirem maior potência por meio de práticas interprofissionais.

Ainda, a revisão mostrou-se relevante por destacar que as suas 18 publicações são provenientes do território nacional, apesar de o critério de inclusão dos estudos permitir a inclusão de trabalhos realizados em outros países da América Latina. Acredita-se que a relevância desse dado esteja no reconhecimento de que todas as ações identificadas na revisão foram realizadas no contexto do SUS. O sistema de saúde brasileiro revela, por si só, seus recursos e potencialidades. O modelo de saúde proposto pelo SUS e consolidado pela ESF possibilita que os profissionais estejam imersos nas características territoriais dos

municípios brasileiros. Dessa forma, tudo o que pode ser alcançado enquanto intervenção psicossocial em saúde mental na APS tem na comunidade e nos territórios as suas principais respostas. Outras saídas possíveis encontram-se na rede intra e intersetorial e, neste estudo, a APS demonstrou seu alcance ao estar em intensa articulação e interlocução com os outros dispositivos dos territórios.

A revisão de literatura foi inspiradora para seguir o caminho de vocalizar o que há de concreto enquanto proposta de cuidado psicossocial em saúde mental na APS. Houve o desejo de ir para campo e conhecer se a realidade possui interconexões com os achados na literatura. Além disso, a composição do estudo 3 passou pela compreensão de que a interprofissionalidade se configura como aspecto constitutivo das ações psicossociais desenvolvidas na APS e que as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde são as principais interlocutoras destas intervenções em saúde mental. Não houve dúvidas quanto à importância de protagonizar espaço de fala e de escuta para as eMultis e, dessa forma, o estudo 3 foi (re)feito a cada grupo focal entrevistado de uma Região de Saúde do Distrito Federal.

O critério de seleção da Região de Saúde seguiu dois elementos cruciais: o primeiro já revelado na seção do método do manuscrito (apresenta uma das menores taxas de cobertura de eMulti do DF); o segundo está relacionado com a aproximação da pesquisadora com o território anterior ao desenvolvimento da dissertação. Observa-se que esse retorno para os cenários de saúde da Região como pesquisadora possibilitou a construção desta dissertação da maneira como está sendo apresentada nestes escritos: com detalhes, com escolhas de falas, com intencionalidades e profundidades. Foi um retorno com compromisso ético-político de evidenciar o que está gritante no território: as resistências das trabalhadoras das eMultis que cotidianamente lutam para fortalecer a ESF e a RAPS do DF que passam por um processo de significativo desmonte.

As eMultis entrevistadas representam a ampliação do SUS em cada território. Nesta pesquisa foi possível observar que o processo de vinculação dos usuários com as unidades básicas de saúde ocorre por meio das eMultis e das atividades coletivas que essas equipes oferecem às comunidades. Essa identificação com o território e, nesta medida, com as pessoas que ocupam esses espaços foi o traço que mais caracterizou as eMultis entrevistadas nesta dissertação. Os dispositivos de encontros também marcam as trajetórias dessas equipes; elas são conformadas por esse contato, essa troca e essa vinculação. Nesse sentido, diante de um cenário de aguçamento neoliberal, visualiza-se que as eMultis são fundamentais para resgatar o sentido da APS universal e integral, conforme proposta pela Declaração de Alma-Ata, e para consolidar a Estratégia Saúde da Família.

As profissionais possuem uma significativa contribuição para o cuidado em saúde mental ser operacionalizado a partir da ótica interprofissional e da atenção psicossocial, mesmo que ainda seja realizado com limitações. As equipes multiprofissionais emergem como uma oportunidade para a construção de práticas interprofissionais em saúde mental nas rotinas e nos processos de trabalho de forma colaborativa com as demais equipes de saúde da APS. Nesse caminho, há uma significativa relevância em reconhecer nas eMultis uma fortaleza para impulsionar ações antimanicomiais na APS, com enfoque na saúde mental como produção de vida e de vínculos.

O cenário de saúde da APS do DF não está perfeito e nem ao menos perto do ideal. Ao mesmo tempo em que se tem uma política muito recente a nível de cenário brasileiro e que a Reforma Sanitária se encontra em pleno curso, tem-se uma série de ações neoliberais que esfacela a lógica de cuidado integral, territorial e psicossocial. As eMultis entrevistadas denunciam a constituição singular deste desmonte no contexto do DF e, talvez, seja por mediação delas que novas trilhas poderão ser construídas. Não se pretende cair no erro de achar que há uma única saída, mas entende-se que, na ocupação das trincheiras de luta, as

eMultis se configuram como aliadas indispensáveis por, justamente, fortalecer o território como articulador de transformações sociais. Mais uma vez, o estudo 3 destaca que os caminhos para a materialização da APS, da ESF e da RAPS que queremos (investido em práticas interprofissionais para o cuidado em saúde mental) passam por ferramentas intrínsecas ao SUS e por contribuições conjuntas das pessoas que integram essa política intra e intersetorialmente.

Por fim, reconhecendo as limitações e as intencionalidades assumidas ao longo do desenvolvimento destes escritos, esta dissertação se propõe a contribuir como mais um espaço propagador do lugar privilegiado que a APS ocupa na condução interprofissional das demandas de saúde mental. Além disso, esta pesquisa convoca reflexões e diálogos para que as/os profissionais que integram o SUS, e outras políticas intersetoriais, assumam o compromisso ético-político de reconstruir os processos de cuidado em saúde mental por meio de práticas interprofissionais.

## **ANEXO 1**

### **Perguntas norteadoras para o Grupo Focal**

1. Como é a rotina de trabalho de vocês? Quais ações e atividades vocês desenvolvem?
2. Quais destas ações vocês identificam que envolvem questões de saúde mental?
3. A partir do trabalho que vocês realizam, o que vocês entendem por interprofissionalidade?
4. Na percepção de vocês, quais atores participam do cuidado em saúde mental dentro e fora da unidade?
5. Existem espaços de troca e construção entre esses profissionais/serviços? Algum coletivo que vocês participam que propicie essas trocas?
6. Quais são as principais barreiras observadas por vocês no manejo do cuidado em saúde mental na APS?
7. E nessa atuação interprofissional no cuidado em saúde mental, vocês observam desafios para a concretização dela?
8. Vocês percebem que a Portaria do Previne Brasil teve algum impacto para as eMultis? Se sim, quais?
9. Na percepção de vocês, há maneiras de facilitar o cuidado interprofissional em saúde mental nas intervenções realizadas por vocês? Se sim, quais?
10. Vamos imaginar que o cuidado interprofissional em saúde mental fosse uma realidade aqui e na eMulti como um todo, o que deveria fazer parte, o que seria vantajoso?
11. O que é mais comum ouvir nas devolutivas por parte dos usuários, da gestão, das outras equipes, com relação à forma de cuidado interprofissional em saúde mental realizada por vocês?



## ANEXO 2

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto “A interprofissionalidade no cuidado em saúde mental: as perspectivas das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde”, realizado pela mestrande e pesquisadora Letícia de Amorim Mota Coelho. O objetivo desta pesquisa é analisar de qual forma ocorre a interprofissionalidade no cuidado em saúde mental realizado pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde Norte do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre o seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada a partir de entrevistas em grupos focais, com duração aproximada de duas horas, e é para esta modalidade que você está sendo convidado a participar. Esta é uma pesquisa de baixo risco para seres humanos. O risco decorrente de sua participação na pesquisa é o constrangimento relacionado a falas/narrativas pessoais. Para minimizar o constrangimento, será garantida a participação apenas com a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explicita os procedimentos, objetivos e riscos referentes à pesquisa.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Espera-se que com esta pesquisa compreenda-se a dinâmica do trabalho interprofissional no cuidado em saúde mental no território, a partir das perspectivas dos profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde. Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Você pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir. Você tem

direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Letícia de Amorim Mota Coelho (61) 98224-4650- horário das 9h às 18h; [leticiaamorim.mota@gmail.com](mailto:leticiaamorim.mota@gmail.com).

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou pelo telefone: (61) 3107 1592. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Letícia de Amorim Mota Coelho e a outra com você.

Brasília, abril de 2024.

---

Assinatura da/do participante

---

Assinatura da pesquisadora

### ANEXO 3

#### **Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado/a no projeto de pesquisa intitulado “A interprofissionalidade no cuidado em saúde mental: as perspectivas das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde”, realizado pela mestranda e pesquisadora Letícia de Amorim Mota Coelho, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG- PsiCC).

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para transcrição e análise por parte da equipe de pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e som de voz são de responsabilidade do/da pesquisador/a responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com o participante.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_