

Distribuição, composição e processos de trabalho das equipes multiprofissionais na atenção primária do Espírito Santo

Distribution, professional composition, and work processes of multiprofessional teams in Espírito Santo primary health care

Distribución, composición y procesos de trabajo de equipos multiprofesionales en atención primaria de Espírito Santo

Meyrielle Belotti¹, Ana Paula Santana Coelho Almeida¹, Wellington Serra Lazarini¹, Bruna Venturin², Bárbara Cássia de Santana Farias Santos¹, Thiago Dias Sarti¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111757P

RESUMO As equipes Multiprofissionais (eMulti), instituídas em 2023, constituem a principal estratégia de retomada do apoio interprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, mas sua implantação carece de evidências empíricas sistematizadas. Este estudo transversal, de base censitária, descreve e analisa a distribuição, a composição profissional e os processos de trabalho das eMulti nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Espírito Santo, Brasil, com dados do Censo Nacional das UBS 2024 (824 UBS). Apenas um quarto das UBS (25,9%) contava com eMulti, com concentração na Região Metropolitana e composição centrada em psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, em detrimento de categorias como sanitaristas e terapeutas ocupacionais. Entre as unidades com eMulti, a maioria realizava reuniões conjuntas, porém, quase metade sem periodicidade definida, e instrumentos estruturantes do apoio matricial, como planos de cuidado e teleconsultas, permaneceram pouco utilizados. O cuidado compartilhado priorizou violência e sofrimento psíquico, com menor cobertura para tuberculose e hanseníase. Os achados evidenciam implantação incipiente e desigual das eMulti no estado, com fragilidades na institucionalização do apoio matricial que comprometem seu potencial de qualificar a integralidade e a coordenação do cuidado na APS. **PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Equipe de assistência ao paciente. Saúde da família. Serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Multiprofessional teams (eMulti), established in 2023, represent the main strategy for resuming interprofessional support in Brazilian Primary Health Care (PHC), yet systematic empirical evidence on their implementation remains scarce. This census-based cross-sectional study describes and analyzes the distribution, professional composition, and work processes of eMulti in Primary Care Units (UBS) in Espírito Santo, Brazil, using data from the 2024 National UBS Census (824 UBS). Only about a quarter of UBS (25.9%) had eMulti, concentrated in the Metropolitan Region and composed mainly of psychologists, social workers, and nutritionists, while categories such as sanitarians and occupational therapists were rare. Among UBS with eMulti, most held joint meetings, though nearly half lacked a defined frequency, and structuring tools for matrix support, such as care plans and teleconsultations, remained underused. Shared care prioritized violence and psychological distress, with lower coverage for tuberculosis and leprosy. These findings indicate an incipient and unequal implementation of eMulti in the state, with weaknesses in the institutionalization of matrix support that constrain its potential to strengthen comprehensiveness and care coordination in PHC.

KEYWORDS Primary Health Care. Patient care team. Family health. Health services. Unified Health System.

RESUMEN Los equipos multiprofesionales (eMulti), instituidos en 2023, representan la principal estrategia para retomar el apoyo interprofesional en la Atención Primaria de Salud (APS) brasileña, pero su implementación carece de evidencia empírica sistematizada. Este estudio transversal de base censal describe y analiza la distribución, la composición profesional y los procesos de trabajo de los eMulti en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de Espírito Santo, Brasil, con datos del Censo Nacional de UBS 2024 (824 UBS). Solo una cuarta parte de las UBS (25,9%) contaba con eMulti, concentradas en la Región Metropolitana y compuestas principalmente por psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas, mientras que categorías como sanitaristas y terapeutas ocupacionales fueron poco frecuentes. Entre las UBS con eMulti, la mayoría realizaba reuniones conjuntas, aunque casi la mitad sin periodicidad definida, y herramientas estructurantes del apoyo matricial, como planes de cuidado y teleconsultas, siguieron poco utilizadas. La atención compartida priorizó violencia y sufrimiento psíquico, con menor cobertura para tuberculosis y lepra. Los hallazgos evidencian una implementación incipiente y desigual de los eMulti en el estado, con debilidades en la institucionalización del apoyo matricial que limitan su potencial para fortalecer la integralidad y la coordinación del cuidado en la APS.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud. Grupo de atención al paciente. Salud de la familia. Servicios de salud. Sistema Único de Salud.

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
tdsarti@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Bahia), Instituto Gonçalo Moniz (IGM) – Salvador (BA), Brasil.

Introdução

A organização da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como alguns de seus pilares históricos a institucionalização da Estratégia Saúde da Família, nos anos 1990, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, por meio da Portaria nº 154/2008¹. Ao integrar profissionais de diferentes formações às equipes de Saúde da Família (eSF), os Nasf materializaram o apoio matricial como dispositivo de qualificação da APS, articulando saberes e práticas e ampliando a capacidade resolutiva dos cuidados primários à saúde².

Esse arranjo, todavia, foi progressivamente fragilizado a partir de 2016. A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, por meio da Portaria nº 2.436/2017, renomeou os núcleos para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e flexibilizou critérios de vinculação às eSF, abrindo espaço para a prática ambulatorial desconectada da lógica matricial^{2,3}. Por sua vez, o Programa Previnir Brasil, implantado em 2019, aprofundou o redirecionamento ao condicionar repasses financeiros a indicadores de desempenho que não contemplavam adequadamente o trabalho interprofissional⁴. Algumas análises apontam que essas medidas, inseridas em um contexto de austeridade fiscal e orientação privatista da gestão, comprometeram o provimento de equipes, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção⁴⁻⁶.

Em 2023, o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), por meio da Portaria GM/MS nº 635/2023, como novo modelo de apoio especializado à APS⁷. Compostas por profissionais de áreas diversas, as eMulti foram concebidas para combinar atuação presencial e remota, incluindo telematriciamento, com financiamento federal tripartite para implantação, custeio e desempenho. A proposta retoma, ao menos normativamente, o compromisso com a integralidade, a coordenação do cuidado

e a equidade territorial que marcaram a concepção original dos Nasf^{7,8}.

A literatura brasileira sobre equipes de apoio à APS acumulou, nas últimas duas décadas, evidências relevantes a respeito dos Nasf e Nasf-AB⁹⁻¹⁴. Pesquisas qualitativas identificaram composições heterogêneas e tipologias distintas de processo de trabalho (por exemplo, assistencial-curativista, semi-matricial e matricial), revelando que parte considerável das equipes operava distante do modelo de apoio matricial preconizado pelo MS⁹. Além disso, foram documentadas ambiguidades de papéis profissionais no cuidado, fragilidade de governança e dificuldades na operacionalização do apoio matricial¹⁰⁻¹⁴.

No que tange especificamente às eMulti, as evidências empíricas ainda são incipientes. Bispo Júnior e Almeida¹⁵ apontam que parte das indefinições normativas já presentes no modelo do Nasf foi reproduzida na Portaria nº 635/2023, particularmente no que se refere à definição de resultados esperados e aos mecanismos de interação entre essas equipes e as equipes de APS. Essa ambiguidade regulatória tende a se refletir também no campo da produção de evidências. Até o momento, são escassos os estudos empíricos que descrevem de forma sistemática a implantação dessas equipes, incluindo aspectos como composição profissional, carga horária e razão eMulti/eSF, bem como a efetiva operacionalização de dispositivos centrais do apoio matricial, como discussão de casos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e teleconsultorias. Além disso, permanecem pouco desenvolvidos os mecanismos de monitoramento capazes de avaliar o desempenho dessas equipes e comparar seus resultados com experiências anteriores de apoio multiprofissional na APS.

O Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), conduzido em 2024 pelo MS, oferece uma base censitária inédita para análise da implantação das eMulti em escala nacional, sendo ainda incipientes as publicações originadas de seus dados¹⁶. O estado

do Espírito Santo constitui um contexto particularmente relevante para esse tipo de investigação. Embora apresente indicadores socioeconômicos e de cobertura da Estratégia Saúde da Família superiores à média nacional, o estado mantém marcadas desigualdades territoriais na organização da rede de serviços e na distribuição de profissionais de saúde, características frequentemente observadas na APS brasileira¹⁷. Além disso, o Espírito Santo possui trajetória recente de fortalecimento de políticas voltadas à qualificação da APS, incluindo iniciativas de provimento profissional e educação permanente únicas no País, como o único programa estadual de provimento profissional para a APS (QualificaAPS), voltado ao apoio à formação e fixação de profissionais médicos e multiprofissionais¹⁸. Esse conjunto de características torna o estado um cenário analítico relevante para examinar o avanço da implantação de eMulti de apoio na APS.

Diante desse quadro, a pesquisa apresentada neste artigo é orientada pela seguinte questão: em que medida e de que forma as eMulti vêm sendo implantadas na APS capixaba, considerando sua distribuição territorial, composição profissional e processos de trabalho?

Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever e analisar a distribuição, a composição profissional e os processos de trabalho das eMulti nas UBS do Espírito Santo, Brasil, a partir dos dados do Censo Nacional das UBS de 2024, fornecendo subsídios empíricos para gestores estaduais e municipais e para o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao trabalho interprofissional na APS.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, com análise secundária de dados do Censo Nacional das UBS de 2024. O Censo foi coordenado pela Secretaria de Atenção Primária

à Saúde (Saps/MS) em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Saúde e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Para a descrição do presente estudo, seguiram-se as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe)¹⁹.

Contexto e fontes de dados

O Censo abrangeu a totalidade das UBS brasileiras com cadastro ativo no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e ocorreu entre 3 de junho e 31 de agosto de 2024. Os dados referem-se às respostas dadas por profissionais designados pelos gestores municipais a um questionário estruturado virtual disponibilizado na plataforma eletrônica e-Gestor AB. Todo o processo de realização do Censo foi supervisionado e facilitado pelas gestões municipais e estaduais, apoiadores técnicos da Rede de Pesquisa em APS, representantes dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e apoiadores institucionais vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo²⁰.

Para este estudo, foram analisadas exclusivamente as 824 UBS do Espírito Santo integrantes do Censo, a partir de um extrato do banco de dados nacional disponibilizado pelo MS à Rede de Pesquisa em APS/Abrasco para uma fase inicial de análises descritivas regionais.

Participantes e critérios de elegibilidade

Foram incluídas neste estudo todas as UBS do Espírito Santo com cadastro ativo no SCNES contempladas pelo Censo Nacional das UBS 2024, incluindo unidades em reforma, com funcionamento provisório ou estrutura compartilhada, desde que abrigassem equipes da Estratégia Saúde da Família ou de APS em

atividade. Seguindo os critérios de elegibilidade adotados pelo MS na condução do Censo, foram excluídos estabelecimentos registrados como UBS que não correspondiam a unidades típicas de atenção primária (por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios especializados ou sedes de secretarias municipais) e as Unidades Básicas de Saúde Prisional.

Variáveis analisadas

As análises contemplaram cinco dimensões: a) distribuição das eMulti por Região de Saúde (RS); b) composição profissional das equipes; c) realização e periodicidade de reuniões entre profissionais da UBS e da eMulti; d) ações conjuntas desenvolvidas; e e) compartilhamento de cuidado direcionado a condições específicas. As variáveis foram mensuradas por perguntas objetivas do instrumento censitário, com categorias de resposta predefinidas no protocolo do censo.

A distribuição das eMulti foi identificada a partir da pergunta do instrumento referente ao número de equipes atuantes na unidade por tipo ou modalidade. Essa variável foi tratada de maneira dicotômica (sim/não), considerando como 'sim' as UBS que registraram 'Equipe Multiprofissional (eMulti)'. A composição profissional das equipes foi analisada com base na variável que identificava os profissionais integrantes das eMulti vinculadas à UBS, contemplando 22 categorias profissionais listadas no questionário.

A ocorrência de reuniões entre eMulti e equipes locais foi analisada por meio da sua realização (sim/não) e periodicidade (semanal, quinzenal, mensal ou sem periodicidade definida). As ações desenvolvidas conjuntamente entre eMulti e equipes de APS incluíram atividades assistenciais, consultas compartilhadas, elaboração de plano de cuidado ou de PTS, grupos terapêuticos, atendimento domiciliar e teleconsulta, categorizadas de forma binária no instrumento (realiza/não realiza).

Por fim, o cuidado compartilhado com a eMulti para condições clínicas e sociais específicas foi identificado a partir da opção correspondente à realização de alguma ação conjunta nas seguintes condições: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade, tuberculose, hanseníase, sofrimento psíquico, situação de violência e cuidado domiciliar a pessoas acamadas. Cada condição foi tratada de forma binária (realiza/não realiza).

As cinco dimensões foram analisadas segundo a RS (Central Norte, Metropolitana e Sul), definida a partir do Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo.

Todas as variáveis deste estudo baseiam-se em autorrelatos de profissionais designados pelos gestores municipais, sem verificação externa ou validação cruzada com registros assistenciais, o que constitui potencial fonte de viés de informação, retomada nas limitações do estudo.

Análise dos dados

Empregou-se análise descritiva simples, com cálculo de frequências absolutas e relativas. As análises foram processadas no *software* Stata® 17.0, por meio do comando *tabulate*. Os dados ausentes foram apontados nas tabelas. A interpretação dos achados foi orientada pelas diretrizes da PNAB 2017³ e pela literatura científica pertinente sobre apoio matricial e trabalho interprofissional na APS.

Aspectos éticos

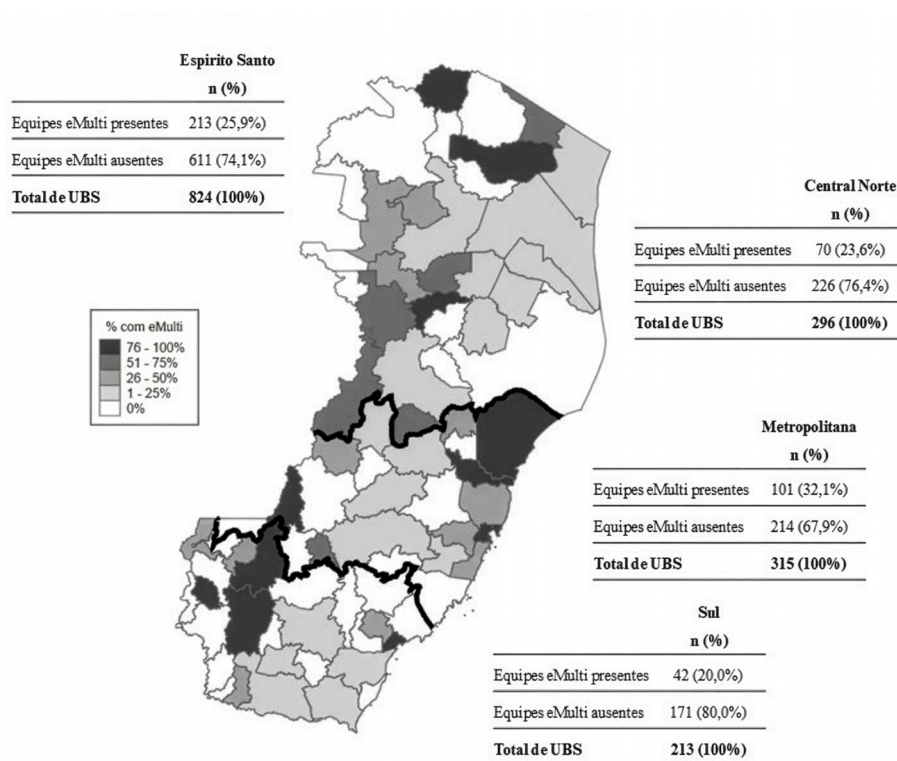
Este estudo consiste em uma análise secundária de dados do Censo Nacional das UBS 2024. O protocolo de coleta de dados do Censo, pesquisa de responsabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o título 'Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde', foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição (CAAE 78767024.2.0000.5421; Parecer nº 6.779.222).

Resultados

Das 824 UBS do Espírito Santo incluídas no Censo, o que corresponde a 100% dos serviços existentes e elegíveis à época da realização da coleta de dados, 25,9% contavam com ao menos uma eMulti. A distribuição das equipes

apresentou assimetria regional, com maior proporção na Região Metropolitana (32,1%), seguida pela Central Norte (23,6%) e Sul (20%). Esses dados, bem como o detalhamento das faixas de cobertura por município, são apresentados na *figura 1*.

Figura 1. Distribuição regional das equipes Multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde e faixas de cobertura por município, Espírito Santo, 2024



Fonte: elaboração própria com base no Censo Nacional das UBS²⁰.

O perfil profissional das equipes revelou marcada heterogeneidade. Psicólogos (81,7%), assistentes sociais (76,1%) e nutricionistas (72,3%) predominaram no conjunto do estado. Farmacêuticos clínicos (53,5%) e fisioterapeutas (50,7%) estiveram presentes em cerca de metade das equipes. Fonoaudiólogos (17,8%), médicos psiquiatras (8%), terapeutas ocupacionais (3,3%) e sanitaristas (1,4%) tiveram inserção limitada. Entre as especialidades médicas,

prevaleceram pediatras (27,7%) e ginecologistas/obstetras (23,5%). Os contrastes regionais foram expressivos. Na Central Norte, preponderaram assistentes sociais (84,3%) e nutricionistas (80%). Na Metropolitana, destacaram-se psicólogos (86,1%) e farmacêuticos clínicos (68,3%). No Sul, sobressaíram-se nutricionistas (85,7%), fisioterapeutas (69,1%) e profissionais de educação física (59,5%), com participação relativamente menor de psicólogos (71,4%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Composição das equipes Multiprofissionais de apoio, segundo categoria profissional e região de saúde, Espírito Santo, 2024

Categoria	Espírito Santo		Região de Saúde	
	n (%)	Central Norte n (%)	Metropolitana n (%)	Sul n (%)
Psicólogo(a)	174 (81,7%)	57 (81,4%)	87 (86,1%)	30 (71,4%)
Assistente social	162 (76,1%)	59 (84,3%)	79 (78,2%)	24 (57,1%)
Nutricionista	154 (72,3%)	56 (80%)	62 (61,4%)	36 (85,7%)
Farmacêutico(a) clínico(a)	114 (53,5%)	28 (40%)	69 (68,3%)	17 (40,5%)
Fisioterapeuta	108 (50,7%)	50 (71,4%)	29 (28,7%)	29 (69,1%)
Profissional de Educação Física	92 (43,2%)	24 (34,3%)	43 (43,6%)	25 (59,5%)
Fonoaudiólogo(a)	38 (17,8%)	9 (12,9%)	24 (23,8%)	5 (11,9%)
Terapeuta ocupacional	7 (3,3%)	1 (1,4%)	6 (5,9%)	0 (0%)
Sanitarista	3 (1,4%)	2 (2,9%)	0 (0%)	1 (2,4%)
Especialidades médicas				
Médico(a) pediatra	59 (27,7%)	13 (18,6%)	44 (43,6%)	2 (4,8%)
Médico(a) ginecologista/obstetra	50 (23,5%)	20 (28,6%)	29 (28,7%)	1 (2,4%)
Outros especialistas médicos	25 (11,7%)	8 (11,4%)	16 (15,8%)	1 (2,4%)
Médico(a) psiquiatra	17 (8%)	8 (11,4%)	8 (7,9%)	1 (2,4%)
Total de UBS com eMulti	213 (100%)	70 (100%)	101 (100%)	42 (100%)

Fonte: elaboração própria com base no Censo Nacional das UBS²⁰.

eMulti = Equipes Multiprofissionais de apoio; UBS = Unidade Básica de Saúde; n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Nota: as categorias profissionais não são mutuamente exclusivas – cada eMulti pode contar com mais de um profissional de cada categoria –, de modo que a soma dos percentuais de cada coluna é superior a 100%. Os percentuais têm como denominador o total de UBS com eMulti em cada área geográfica (Espírito Santo, n = 213; Central Norte, n = 70; Metropolitana, n = 101; Sul, n = 42).

Quanto às reuniões entre equipes locais e eMulti, 73,7% das 213 UBS com eMulti referiram realizá-las. Entretanto, a regularidade foi frágil: 43,9% das UBS que realizavam reuniões não tinham periodicidade definida. A ausência

de periodicidade definida foi mais acentuada nas RS Central Norte (67,6%) e Sul (71%), em contraste com a Região Metropolitana, onde 34,8% das UBS realizavam reuniões semanais (*tabela 2*).

Tabela 2. Realização e periodicidade das reuniões entre equipes de Atenção Primária à Saúde e equipes Multiprofissionais de apoio, segundo região de saúde, Espírito Santo, 2024

Categoria	Espírito Santo		Região de Saúde	
	n (%)	Central Norte n (%)	Metropolitana n (%)	Sul n (%)
Realização de reuniões	157 (73,7%)	37 (52,9%)	89 (88,1%)	31 (73,8%)
Periodicidade das reuniões				
Semanal	35 (22,3%)	4 (10,8%)	31 (34,8%)	0 (0%)
Quinzenal	16 (10,2%)	1 (2,7%)	13 (14,6%)	2 (6,5%)
Mensal	35 (22,3%)	7 (18,9%)	22 (24,7%)	6 (19,4%)
Sem periodicidade definida	69 (43,9%)	25 (67,6%)	22 (24,7%)	22 (71%)

Tabela 2. Realização e periodicidade das reuniões entre equipes de Atenção Primária à Saúde e equipes Multiprofissionais de apoio, segundo região de saúde, Espírito Santo, 2024

Categoria	Espírito Santo		Região de Saúde			
	n (%)	Central Norte n (%)	Metropolitana n (%)	Sul n (%)		
Periodicidade não informada	2 (1,3%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (3,2%)		
Total de UBS com eMulti	213 (100%)	70 (100%)	101 (100%)	42 (100%)		

Fonte: elaboração própria com base no Censo Nacional das UBS²⁰.

eMulti = Equipes Multiprofissionais de apoio; UBS = Unidade Básica de Saúde; n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Nas ações conjuntas registradas pelas UBS que realizavam reuniões, atividades de caráter assistencial predominaram (79%), seguidas por atendimento domiciliar (75,2%). A consulta presencial compartilhada foi referida por metade das unidades (51%); grupos terapêuticos, por 45,2%; e plano de cuidado ou

PTS, por 41,4%. A teleconsulta foi mencionada em apenas 1,3% dos casos. Na estratificação regional, a RS Central Norte se destacou pelo elevado percentual de atendimento domiciliar (94,6%), enquanto a Sul apresentou maior proporção de Planos de Cuidado (54,8%) (tabela 3).

Tabela 3. Ações desenvolvidas conjuntamente por equipes de Atenção Primária à Saúde e equipes Multiprofissionais de apoio, entre as UBS com reuniões registradas, segundo região de saúde, Espírito Santo, 2024

Ação	Espírito Santo		Região de Saúde		
	n (%)	Central Norte n (%)	Metropolitana n (%)	Sul n (%)	
Atividades assistenciais	124 (79%)	28 (75,7%)	73 (82%)	23 (74,2%)	
Atendimento domiciliar	118 (75,2%)	35 (94,6%)	62 (69,7%)	21 (67,7%)	
Consulta presencial compartilhada	80 (51%)	20 (54,1%)	44 (49,4%)	16 (51,6%)	
Grupos terapêuticos	71 (45,2%)	12 (32,4%)	43 (48,3%)	16 (51,6%)	
Plano de cuidado/Projeto Terapêutico Singular	65 (41,4%)	12 (32,4%)	36 (40,5%)	17 (54,8%)	
Teleconsulta	2 (1,3%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (3,2%)	
Total de UBS com ações registradas	157 (100%)	37 (100%)	89 (100%)	31 (100%)	

Fonte: elaboração própria com base no Censo Nacional das UBS²⁰.

eMulti = Equipes Multiprofissionais de apoio; UBS = Unidade Básica de Saúde; n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Nota: as ações podem ocorrer de forma concomitante na mesma UBS/eMulti (categorias não mutuamente exclusivas), de modo que a soma dos percentuais é superior a 100%. Percentuais calculados sobre o total de UBS com reuniões registradas em cada área geográfica (Espírito Santo, n = 157; Central Norte, n = 37; Metropolitana, n = 89; Sul, n = 31), coincidente com a linha 'Realização de reuniões' da tabela 2.

O compartilhamento de cuidado voltou-se prioritariamente a pessoas acamadas (78,4%), em situação de violência (74,7%) e com sofrimento psíquico (73,2%). Entre as condições crônicas, hipertensão (68,5%), diabetes (67,1%) e sobrepeso/obesidade (64,3%)

alcançaram cobertura intermediária, ao passo que tuberculose (49,8%) e hanseníase (48,4%) ficaram abaixo de metade das UBS com eMulti. A Região Metropolitana liderou a cobertura para violência (85,2%) e sofrimento psíquico (84,2%); a RS Sul registrou as

maiores proporções para hipertensão (78,6%), sobrepeso (81%) e cuidado a acamados (81%); a Central Norte apresentou as menores frequências na maioria das condições analisadas, com exceção de hanseníase (51,4%), violência (65,7%) e sofrimento psíquico (64,3%) – condições em que a RS Sul registrou as menores proporções (64,3% e 61,9%, respectivamente) (*tabela 4*).

Tabela 4. Compartilhamento de cuidado entre equipes Multiprofissionais de apoio e equipes de Atenção Primária à Saúde, segundo condição de saúde e região, Espírito Santo, 2024

Condição de saúde	Espírito Santo	Região de Saúde		
	n (%)	Central Norte n (%)	Metropolitana n (%)	Sul n (%)
Pessoas em situação de violência	159 (74,7%)	46 (65,7%)	86 (85,2%)	27 (64,3%)
Sofrimento psíquico	156 (73,2%)	45 (64,3%)	85 (84,2%)	26 (61,9%)
Cuidado domiciliar a acamados	167 (78,4%)	46 (65,7%)	87 (86,1%)	34 (81%)
Hipertensão arterial sistêmica	146 (68,5%)	40 (57,1%)	73 (72,3%)	33 (78,6%)
Diabetes mellitus	143 (67,1%)	37 (52,9%)	75 (74,3%)	31 (73,8%)
Sobrepeso/obesidade	137 (64,3%)	33 (47,1%)	70 (69,3%)	34 (81%)
Tuberculose	106 (49,8%)	33 (47,1%)	51 (50,5%)	22 (52,4%)
Hanseníase	103 (48,4%)	36 (51,4%)	47 (46,5%)	20 (47,6%)
Total de UBS com eMulti	213 (100%)	70 (100%)	101 (100%)	42 (100%)

Fonte: elaboração própria com base no Censo Nacional das UBS²⁰.

eMulti = Equipes Multiprofissionais de apoio; UBS = Unidade Básica de Saúde; n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Nota: cuidado compartilhado corresponde à opção de compartilhamento do cuidado com a eMulti registrada pela UBS para cada condição clínica/social, sem distinção de modalidade (atendimento conjunto, discussão de caso ou apoio matricial). As condições não são mutuamente exclusivas, podendo uma mesma UBS compartilhar cuidado para mais de uma condição; os percentuais têm como denominador o total de UBS com eMulti em cada área geográfica.

Discussão

Os dados do Censo das UBS 2024 revelam que pouco mais de um quarto das UBS capixabas opera com apoio de ao menos uma eMulti, proporção que traduz um estágio inicial de implantação e reproduz, sob nova roupagem normativa, a cobertura insuficiente já verificada nos Nasf^{21,22}.

Esse resultado deve ser interpretado à luz da trajetória histórica das eMulti de apoio à APS no Brasil. Análises baseadas nos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – iniciativa do MS voltada à avaliação e à qualificação da Atenção Básica, que também

constituiu importante fonte de dados sobre a implantação dos Nasf – indicam que, mesmo no período de maior expansão do Nasf, a cobertura dessas equipes permaneceu parcial^{21,22}. No segundo ciclo do PMAQ (não censitário), realizado em 2013–2014 e com participação de 93,6% dos municípios e 29.778 equipes de APS, estimou-se que 57,6% das equipes recebiam apoio de Nasf (1.773 equipes Nasf apoiavam 17.157 equipes de APS)²¹. Já os dados nacionais do Censo Nacional das UBS de 2024 indicam uma cobertura de eMulti de 42% das UBS, alcançando 46,2% na região Sudeste²³. Essa perspectiva histórica evidencia que o apoio multiprofissional à APS, embora amplamente disseminado no País, nunca se universalizou

no SUS e permanece marcado por importantes desigualdades territoriais na sua implantação. Nesse contexto, a cobertura de eMulti observada no Espírito Santo em 2024 mostra-se inferior à média nacional e regional, reprisando a heterogênea e insuficiente implementação desse arranjo organizacional.

A concentração dessas equipes na Região Metropolitana – onde infraestrutura, mercado de trabalho e capacidade gerencial municipal são mais robustos – é coerente com o padrão de distribuição desigual de profissionais de saúde documentado nacionalmente, que persiste a despeito do aumento absoluto do contingente nas últimas décadas. Por sua vez, municípios com menor capacidade institucional enfrentam maiores dificuldades para organizar redes de atenção e fixar profissionais, o que ajuda a compreender por que a oferta formal de equipes de apoio, por si só, não corrige desigualdades territoriais²⁴⁻²⁶.

Chama a atenção, ainda, que a RS Sul tenha apresentado a menor cobertura de eMulti (20%) entre as três RS, mesmo à frente da Central Norte (23,6%) em outros indicadores de estruturação da rede. Essa diferença sugere que fatores distintos da mera disponibilidade de infraestrutura urbana, como dinâmicas municipais de contratação, prioridades de gestão local e características demográficas dos municípios de pequeno porte predominantes nessas RS, podem influenciar a implantação das equipes, o que reforça a necessidade de estudos que aprofundem os condicionantes territoriais específicos de cada RS capixaba.

O perfil profissional das eMulti capixabas revela diferenças em relação aos padrões descritos em análises nacionais sobre os Nasf. Estudo baseado nos dados do PMAQ de 2013²¹ identificou ampla diversidade de categorias profissionais, com predominância de fisioterapeutas (87,4%) e profissionais de educação física (87%), seguidos por médicos veterinários (85%), assistentes sociais (69%) e nutricionistas (62,2%), enquanto outras categorias apresentavam inserção intermediária ou reduzida, como fonoaudiólogos (50,8%),

farmacêuticos (40,9%), sanitaristas (24,7%) e terapeutas ocupacionais (5,1%). Já os dados nacionais do Censo das UBS²³ indicam mudanças nesse perfil, com maior presença de psicólogos (88,8%), nutricionistas (86%), fisioterapeutas (80,4%) e assistentes sociais (64%), enquanto as demais categorias alcançam metade ou menos das eMulti no País. No Espírito Santo, entretanto, observa-se concentração ainda mais acentuada em torno de psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, acompanhada de presença relativamente menor de categorias que figuram entre as mais prevalentes no cenário nacional, como fisioterapeutas e profissionais de educação física. Destaca-se, por fim, o expressivo aumento da participação da psicologia na composição dessas equipes em comparação com o panorama observado no PMAQ de 2013²¹.

É possível que as variações regionais na composição das eMulti reflitam condicionantes locais, ainda que o desenho do estudo não permita estabelecer relações causais. A predominância de psicólogos na Região Metropolitana, por exemplo, pode estar associada à maior oferta de programas de saúde mental e de serviços especializados em contextos urbanos com maior desenvolvimento econômico^{24,26}. Assim, esses perfis podem representar algum grau de adaptação às necessidades locais, mas são necessários mais estudos para que se verifique se não estão associados à hipótese de RS com menor oferta de profissionais comporem suas equipes a partir do que está disponível no mercado de trabalho local, e não necessariamente com o que o perfil epidemiológico e as necessidades do território demandariam. Por sua vez, é preciso analisar em que medida essa composição das eMulti pode se relacionar a pressões corporativas, interesses e dinâmicas de poder locais^{2,27}.

Entre essas explicações, a hipótese de adaptação da composição das equipes à oferta local de profissionais parece a mais consistente com os contrastes regionais aqui descritos, ainda que fatores relacionados a dinâmicas corporativas e de mercado de trabalho não possam ser

descartados. A elucidação do peso relativo de cada fator demanda, contudo, desenhos de pesquisa capazes de captar essas relações causais.

A escassez de determinadas categorias tem implicações diretas sobre a qualidade da integração interprofissional. Sem diversidade de núcleos de saber, o trabalho colaborativo tende a operar em circuito restrito, privilegiando abordagens individuais e clínicas em detrimento de intervenções que articulem dimensões territoriais, comunitárias e intersetoriais²⁸. A Organização Mundial da Saúde, ao definir os marcos para a educação interprofissional e a prática colaborativa, sublinha que equipes efetivas dependem não apenas da presença de múltiplas profissões, mas também de competências relacionais, governança compartilhada e condições institucionais que sustentem a deliberação coletiva²⁹. No Espírito Santo, os dados do Censo mostram que há uma distância significativa entre o que preconiza essa referência e o que se observa empiricamente.

A irregularidade das reuniões entre eMulti e equipes locais merece ser discutida. No Espírito Santo, 73% das equipes de APS com apoio de eMulti realizavam reuniões com essas equipes; entretanto, em 43,9% dos casos, não havia periodicidade definida, proporção que alcançava 67% na RS Central Norte e 71% na Sul. Em nível nacional²³, por sua vez, 80,7% das equipes de APS relataram realizar reuniões com as eMulti, das quais 42,9% sem periodicidade definida. Observa-se, portanto, um padrão semelhante entre os cenários estadual e nacional quanto à institucionalização desses espaços de interação. Esse cenário remete a fragilidades já documentadas nos Nasf-AB, nos quais a ausência de ‘tempo protegido’ para o matriciamento comprometia a integração entre equipes e reduzia o apoio especializado a intervenções pontuais e descontextualizadas³⁰. Sem agenda regular de encontros, o trabalho colaborativo se fragmenta, a corresponsabilização pelo cuidado perde consistência e as próprias ferramentas de gestão clínica, como discussão de caso e PTS, tornam-se inviáveis ou desencorajadas na prática cotidiana³¹.

Vale destacar que essa fragilidade compreende dois componentes distintos e complementares: a própria realização de encontros regulares (restrita a cerca de três quartos das UBS com eMulti) e, entre as que os realizam, a ausência de periodicidade definida em quase metade dos casos, evidenciando um problema tanto de cobertura quanto de institucionalização desses espaços. Além da ausência de tempo protegido, fatores como a gestão da agenda das equipes, a sobrecarga assistencial e a fragilidade da coordenação local entre gestores municipais e coordenadores de eMulti também podem contribuir para essa irregularidade e merecem investigação específica.

A subutilização das teleconsultas merece atenção particular. A Portaria nº 635/2023 concebeu o telematriciamento como componente estruturante das eMulti, capaz de ampliar acesso e otimizar o tempo das equipes⁷. No entanto, apenas 1,3% das UBS com eMulti no Espírito Santo reportaram essa ação, cenário semelhante ao observado em nível nacional, em que essa proporção alcançou 2,3%²³. Esse dado contrasta com experiências nacionais e internacionais que demonstram o potencial da telessaúde para reduzir barreiras geográficas, apoiar equipes em áreas remotas, facilitar acesso à atenção especializada e/ou interprofissional e qualificar encaminhamentos³². No Brasil, o Programa Telessaúde Brasil Redes já havia evidenciado, antes mesmo da pandemia da covid-19, ganhos na resolubilidade da APS em contextos com infraestrutura adequada³³. A persistência de barreiras tecnológicas, a insuficiência de capacitação profissional e as dificuldades de integração das tecnologias digitais ao processo de trabalho da APS podem explicar, ao menos parcialmente, o hiato entre a diretriz e a prática^{32,34}.

A reduzida adoção de Planos de Cuidado e PTS aponta para um problema de natureza distinta, porém igualmente importante. Esses instrumentos, que pressupõem discussão coletiva, pactuação de metas e acompanhamento longitudinal, são considerados pilares do trabalho matricial³¹. Sua subutilização pode

indicar que uma parte significativa das eMulti opera em uma lógica assistencial fragmentada, atendendo a demandas pontuais sem a ancoragem em PTS que articulem necessidades clínicas e contextuais. Contudo, evidências internacionais sugerem que estratégias mais estruturadas de integração e planejamento compartilhado do cuidado estão associadas a maior satisfação com o cuidado pelo usuário, acesso mais facilitado aos serviços e, em alguns contextos, melhores desfechos clínicos³⁵.

O compartilhamento de cuidado entre eMulti e equipes locais apresentou cobertura relativamente alta para a maior parte das condições analisadas, em especial quando se compara com a realidade nacional²³: cuidado domiciliar a pessoas acamadas (78,4% vs. 61,9% em nível nacional), violência (74,7% vs. 58,4%), sofrimento psíquico (73,2% vs. 56,8%), hipertensão (68,5% vs. 55,9%), diabetes (67,1% vs. 56%) e sobrepeso/obesidade (64,3% vs. 54,4%). Ainda assim, mesmo para essas condições que são muito prevalentes e complexas, tem-se, aproximadamente, de um quarto a um terço das equipes de saúde não compartilhando o cuidado com as eMulti, o que aponta para a necessidade de fortalecimento na integração dessas equipes e sensibilização sobre suas potencialidades e papéis.

No entanto, o maior problema aparece em relação aos cuidados compartilhados em pacientes com tuberculose (49,8%) e hanseníase (48,4%), ambas em patamar semelhante ao observado em nível nacional (49,7% e 47,8% respectivamente)²³, duas doenças infecciosas complexas e socialmente condicionadas, de notificação compulsória e objeto de programas nacionais consolidados e com metas pactuadas de eliminação, nas quais a APS desempenha papel central na busca ativa, diagnóstico oportuno e acompanhamento do tratamento. A baixa integração das eMulti com essas ações programáticas pode refletir o fato de que a tuberculose e a hanseníase demandam competências clínicas específicas, como manejo de esquemas terapêuticos prolongados e vigilância de contatos, que não coincidem com o perfil

profissional predominante nas equipes multiprofissionais capixabas, a não especificação de ações integradas nos protocolos de manejo dessas condições ou com o fato de profissionais da APS não estarem demandando apoio no cuidado a esses pacientes. Além disso, é frequente a existência de serviços de referência municipais específicos para esses grupos.

Cabe destacar, ainda, que o conceito de cuidado compartilhado mobilizado pelo instrumento censitário não distingue modalidades específicas de atuação conjunta, como atendimento simultâneo, discussão de casos ou apoio matricial propriamente dito, o que limita a interpretação mais fina sobre a natureza dessa integração e reforça a necessidade de estudos qualitativos complementares.

O conjunto das ações conjuntas registradas reforça esse padrão de fragilidade na institucionalização do apoio matricial. O predomínio de atividades assistenciais (79%) e de atendimento domiciliar (75,2%), diante da menor adoção de consultas compartilhadas (51%), grupos terapêuticos (45,2%) e, sobretudo, planos de cuidado/PTS (41,4%), sugere que boa parte das eMulti ainda opera segundo uma lógica de atendimento direto e pontual, próxima ao modelo assistencial-curativista já identificado em estudos sobre os Nasf⁹, em detrimento de dispositivos mais estruturantes de corresponsabilização do cuidado. O destaque da RS Central Norte no atendimento domiciliar (94,6%) e da Sul nos planos de cuidado (54,8%) indica, ainda, que diferentes RS podem estar desenvolvendo modelos de atuação distintos, possivelmente relacionados a características territoriais, como dispersão populacional e cobertura da Estratégia Saúde da Família, que mereceriam investigação mais aprofundada.

Os resultados deste estudo sinalizam caminhos para a pesquisa e para a gestão. Do ponto de vista acadêmico, são necessários mais estudos que analisem os fatores relacionados à composição das equipes multiprofissionais, a relação entre o perfil profissional dessas equipes e o cenário epidemiológico

e assistencial do território, e a interface entre as necessidades de apoio das equipes de APS e a oferta de cuidados compartilhados pelas eMulti. Além disso, podem ser úteis pesquisas que analisem a associação entre diferentes perfis e graus de implantação dos dispositivos de cuidado das eMulti e das equipes de APS com a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde. Por sua vez, investigações qualitativas podem elucidar barreiras à regularidade das reuniões e à adoção de teleconsultas pelas equipes multiprofissionais e de APS, explorando dimensões organizacionais, formativas e culturais.

Do ponto de vista da gestão, o conjunto dos achados aponta para a necessidade de fortalecimento das condições institucionais que sustentem a prática colaborativa. No Espírito Santo, foram identificadas fragilidades relacionadas a diversidade e cobertura das categorias profissionais que compõem as eMulti, bem como irregularidade e/ou baixa adoção de dispositivos de compartilhamento do cuidado, como reuniões, teleconsulta e planos e projetos singulares de cuidado. Reverter esse quadro exige políticas de provimento e fixação de profissionais com recorte territorial, fortalecimento de mecanismos de governança local e incorporação do telematriciamento como ação estruturante do processo de trabalho das eMulti, o que, evidentemente, exigirá adequadas políticas de financiamento e gestão pelos entes federativos.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. O delineamento transversal e descritivo limita inferências sobre o efeito das eMulti na qualidade da atenção. Os dados, autoinformados por profissionais designados pelos gestores municipais, estão sujeitos a viés de informação, particularmente nas variáveis relativas à periodicidade de reuniões e às ações conjuntas efetivamente realizadas.

Ainda que não seja possível estimar precisamente a magnitude desses vieses, é

plausível que o viés de informação tenda a superestimar a frequência de ações e reuniões relatadas, na medida em que respostas fornecidas por profissionais designados pelos gestores municipais podem refletir expectativas institucionais ou desejabilidade de resposta, e não necessariamente a prática cotidiana das equipes.

Os dados do Censo disponíveis não incluem informações sobre a carga horária dos profissionais das eMulti nem sobre a razão eMulti/eSF, o que limita a análise de cobertura e capacidade operacional. Finalmente, o recorte estadual restringe a generalização dos resultados para realidades com características demográficas, organizacionais e de financiamento distintas, ainda que a diversidade regional do Espírito Santo possa representar, nesse sentido, a heterogeneidade nacional.

Conclusões

Ao descrever e analisar a distribuição, a composição profissional e os processos de trabalho das eMulti nas UBS do Espírito Santo, a partir dos dados do Censo Nacional das UBS 2024, este estudo evidencia que sua implantação no estado se encontra em fase inicial e é marcada por assimetrias regionais que reproduzem padrões historicamente observados na organização do sistema de saúde brasileiro.

Os resultados evidenciam três aspectos centrais: cobertura ainda limitada dessas equipes nas UBS, composição profissional concentrada em algumas categorias e fragilidades na operacionalização de dispositivos essenciais do apoio matricial, como reuniões regulares entre equipes, teleconsultas e planos de cuidado compartilhados. Ademais, embora o cuidado compartilhado esteja presente em diversas condições clínicas e sociais relevantes, a intensidade dessa integração permanece heterogênea tanto entre territórios quanto entre tipos de demanda.

Esses achados sugerem que a existência formal de equipes multiprofissionais não é

suficiente para assegurar a consolidação de práticas colaborativas no cotidiano da APS. A efetividade das eMulti depende de condições institucionais que sustentem o trabalho interprofissional, incluindo diversidade de perfis profissionais, espaços regulares de discussão clínica, incorporação de tecnologias de apoio ao cuidado e mecanismos de governança capazes de articular as equipes de apoio às necessidades assistenciais das eSF.

Ressalvam-se, nesse sentido, as limitações inerentes ao delineamento transversal e aos dados autorrelatados, que impõem cautela na generalização dos achados e reforçam a necessidade de estudos futuros, inclusive de natureza qualitativa, que aprofundem os mecanismos organizacionais e os condicionantes territoriais da implantação das eMulti.

Ao oferecer um dos primeiros retratos empíricos da implantação das eMulti, a partir dos dados do Censo Nacional das UBS 2024, este estudo contribui para o debate sobre o papel dessas equipes na reorganização da APS brasileira, em particular a capixaba, e reforça a necessidade de fortalecer as condições institucionais (profissionais, de gestão

e de governança) que sustentam o trabalho interprofissional na atenção primária.

Contribuições de autoria

Belotti M (0000-0003-3901-4656)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Almeida APSC (0000-0001-5808-5818)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Lazarini WS (0000-0003-2798-7223)* e Santos BCSF (0000-0001-8418-9434)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Venturin B (0000-0001-7347-0925)* e Sarti TD (0000-0002-1545-6276)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 jan 25; Edição 18: Seção I:47-9.
2. Almeida ER, Medina MG. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. Cad Saúde Pública. 2021;37(10):e00310820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22; Seção I:68.
4. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc saúde coletiva. 2020;25(4):1181-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universalidade. *Saúde Debate*. 2019;43(Esp 5):58-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
6. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1475-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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*, Brasília, DF. 2023 maio 23; Edição 96-B; Seção I:11.
8. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 10/2023/CAIM/DESCO/SAPS/MS: diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
9. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, et al. Configurações do processo de trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado integral. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):1135-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>
10. Lam Orué A, Schiaveto de Souza A, Ferla AA, et al. Implantação, planejamento e monitoramento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um estudo nacional a partir do PMAQ-AB. *Soc Cult*. 2018;21(2):117-38. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56315>
11. Belotti M, Iglesias A, Avellar LZ. Conceptions of the professionals about their attributions in the Expanded Nucleus of Family Health. *Psico-USF*. 2019;24(4):661-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240405>
12. Melo EA, Miranda L, Silva AM, et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):328-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
13. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*. 2018;28(3):e280310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>
14. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis*. 2020;30(4):e300405. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>
15. Bispo Júnior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00120123. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Censo das Unidades Básicas de Saúde: Sumário Executivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. (Série Temática Censo das UBS 2024; 1).
17. Moraes PL, Emerich TB, Oliveira AE, et al. Desigualdades geográficas na implantação do Programa Mais Médicos em um estado brasileiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2765. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2765](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2765)
18. Massuda A, Kemper ES, organizadores. Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à Covid-19. Porto Alegre, RS: Rede Unida; 2022.
19. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
20. Ministério da Saúde (BR). Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde: Instrumento para coleta dos dados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
21. Seus TL, Silveira DS, Tomasi E, et al. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional – Programa de

- Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2019;28(3):e2018510. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300017>
22. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):130-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>
 23. Ministério da Saúde (BR), Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025.
 24. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2881-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>
 25. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1055-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
 26. Maia MPM, Severo AKS, Medeiros WR, et al. Oferta de serviços e recursos humanos da rede de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Psicol Saúde*. 2021;13(4):15-31. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssav13i4.1189>
 27. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate*. 2018;42(Esp 2):145-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>
 28. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 1999;4(2):393-403. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
 29. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
 30. Lima RSA, Leite DF, Araújo LF, et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Colet*. 2019;27(1):25-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010454>
 31. Grande MM, Carretta RYD, Kronka AG, et al. Gestão do trabalho interprofissional no projeto terapêutico singular: proposta de modelo de processo de trabalho. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2023;56(2):e-203959. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.203959>
 32. Catapan SC, Melo EA, Silva AB, et al. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(7):e03302024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03302024>
 33. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: bridging the gaps. *Telemed J E Health*. 2016;22(11):938-44. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0210>
 34. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(6):e00219520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219520>
 35. Linder W, Ssegonja R, Feldman I, et al. Inter-organizational coordination to improve patient outcomes in multimorbid older patients following hospital discharge – a systematic review. *Int J Integr Care*. 2025;25(2):12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.9018>

Recebido em 15/03/2026

Aprovado em 19/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Michele Straub, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Matinhos (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1234220722100747> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1045-6725> – e-mail: chele.straub@gmail.com