



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**



**BEATRIZ MARQUES BOONEN**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O COMPARTILHAMENTO DO  
CUIDADO ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

CAMPINAS

2023

BEATRIZ MARQUES BOONEN

**Saúde Mental na Atenção Primária: O Compartilhamento do Cuidado entre o Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Campinas  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana Teresa Onocko Campos

**CAMPINAS**

**2023**

## RESUMO

O presente trabalho apresenta enquanto enfoque o compartilhamento entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), levando em conta a necessidade de um cuidado resolutivo e integral à saúde mental na atenção básica, considerando os determinantes e condicionantes de saúde da população de um território. Diante disso, esse trabalho procura vislumbrar de que forma tem se apresentado o compartilhamento do cuidado em saúde mental entre a ESF e o NASF, utilizando enquanto metodologia o relato de experiência, pela via do relato de casos e de cenas institucionais vivenciadas nos campos em que estou alocada. Foi observado diversos entraves e potencialidades de compartilhamento entre as equipes apresentadas. Evidencia-se que, por vezes, práticas de cuidado fragmentadas ainda perpassam a rotina das equipes, apesar de tentativas exitosas de compartilhamento do cuidado. Nesse sentido, este trabalho procura vislumbrar estratégias possíveis para um compartilhamento do cuidado em saúde mental mais resolutivo e integral na APS.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária; Saúde Mental; Equipe de Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Apoio Matricial.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. A CONSTITUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. A CONSTITUIÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.....</b>	<b>12</b>
<b>4. O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5.“POLIQUÊIXOSOS”: QUANDO A DOR TRANSBORDA O CORPO.....</b>	<b>21</b>
5.1 Caso Laércio.....	21
5.2 Caso Martha.....	25
<b>6.DISSCUSSÃO/ RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação pela constituição federal em 1998, tem sido consolidado ao longo dos anos, principalmente mediante a participação de movimentos sociais, dos usuários, trabalhadores e gestores nesse processo. Para além da assistência em saúde proporcionada, o SUS também é um sistema em constante construção, que tem como princípios a universalidade, a integralidade e um cuidado equânime e resolutivo em saúde.

A fim de se consolidar uma atenção integral à saúde no território, a qual o nosso sistema único se propõe, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria N° 2.488 (BRASIL, 2011). Mediante essa política, a atenção básica é desenvolvida principalmente com o objetivo de ser porta de entrada do cuidado aos usuários, mediante sua proximidade com o território e da vida das pessoas, além de se constituir enquanto coordenadora do cuidado ao usuário, sendo responsável pela comunicação necessária com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, essa política se orienta por diversos princípios, dentre eles o da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Mediante seu alto grau de capilaridade e descentralização, a atenção básica promove um conjunto de ações no aspecto individual e coletivo, que abrange uma gama de aspectos da saúde, sendo responsável pela promoção, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, tem como objetivo um cuidado resolutivo, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde da população de um território (BRASIL, 2013).

Dentre as ações realizadas na Atenção Básica, o presente trabalho procura se debruçar sobre os cuidados em saúde mental no território, já que a AB se constitui enquanto um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual tem importante papel no cuidado a pessoas acometidas por algum transtorno mental, seja decorrentes de alterações

leves, até as mais graves, já que se constitui enquanto porta de entrada e coordenadora do cuidado em rede.

Dessa forma, destaca-se que a AB é responsável pelo acompanhamento longitudinal da população que apresenta algum sofrimento mental, inclusive quando o usuário está em algum serviço especializado, afinal esse cuidado continua sendo de responsabilidade da unidade de saúde, que se aproxima das particularidades do território (BRASIL, 2013).

Dentro desse cuidado ao usuário, um dos aspectos que constituem a Atenção Básica é sua organização por meio de Equipes Básicas de Referência ou Equipes de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo reorganizar as práticas em saúde, a fim de realizar o cuidado em saúde para além de um modelo tradicional da atenção, assim, parte-se do pressuposto que esses profissionais funcionam dentro de uma lógica de trabalho multiprofissional, se adequando a uma clientela adscrita, bem como às respectivas características de cada território.

Essas equipes são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde cada equipe, os quais se responsabilizam pelo cuidado da população de uma determinada área adscrita e têm uma corresponsabilidade no cuidado à saúde do usuário (BRASIL, 2009)

Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM nº 154, que teve como objetivo ampliar o escopo das ações da Atenção Primária, aumentando a resolutividade do cuidado em saúde, bem como a fim de proporcionar um cuidado mais integral em saúde, pautado na clínica ampliada. Diante disso, essa equipe deveria se dispor de conhecimento técnico e do desenvolvimento de habilidades para proporcionar uma ampliação da clínica da ESF, bem como propiciar uma troca de saberes entre essas equipes (BRASIL, 2009)

De acordo com a Portaria no 154, existem duas modalidades de NASF, uma composta por cinco profissionais com formação universitária, como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, terapeuta ocupacional, dentre outros, e outra modalidade a qual deverá ter no mínimo três profissionais, sendo que cada modalidade se vincula a um número específico de equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

Considero importante ressaltar que em Maio de 2023, foi publicada a portaria GM/MS nº 635, a qual incentiva financeiramente a implantação e desempenho de uma nova configuração de equipes multiprofissionais na APS, chamadas de equipes *eMulti*. Essas equipes apresentam uma composição de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam de maneira complementar e integral às equipes de saúde da família (BRASIL, 2023).

A nota técnica nº 10/2023, descreve as diretrizes dessa reorganização das equipes multiprofissionais e diz das modalidades possíveis de equipes (Ampliada, Complementar e estratégica), a depender do número de ESF vinculadas e da composição profissional fixa. Além disso, diz da possibilidade de um arranjo intermunicipal das equipes, caso necessária a cooperação, bem como apresenta como orientação a possibilidade de atendimento remoto.

Nas configurações apresentadas, a categoria médica não entra dentro da equipe mínima obrigatória, mas pode ser de escolha da gestão optar por incluir alguma especialidade médica na equipe *eMulti*.

Reitero que, apesar da publicação desta portaria e da mudança de configuração das equipes multiprofissional, este trabalho segue utilizando a nomeação NASF, uma vez que esse novo modelo ainda é recente e pouco conhecido pelas equipes as quais compus nesse ano de prática, assim, entende-se que se encontra em ainda fase de implementação nos municípios.

De toda forma, considera-se que a composição da atenção básica, na qual ocorre uma organização do cuidado por Equipes de Saúde da Família (ESF), são apoiadas por uma equipe NASF ou Multiprofissional. Diante disso, esse trabalho pretende se debruçar justamente no compartilhamento do cuidado entre essas equipes, principalmente considerando a importância dessas articulações no cuidado à saúde mental.

Destaca-se que algumas ferramentas para o compartilhamento do cuidado e apoio às equipes de saúde da família são possíveis, como o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). Essas ferramentas, bem como outras estratégias para uma articulação entre ESF e NASF, são essenciais para proporcionar ao usuário um cuidado em saúde mental, já que esse compartilhamento é pautado na ampliação da clínica e na integralidade.

Essa temática me chamou atenção principalmente após minha trajetória na graduação de psicologia, na qual fiz iniciação científica e estágio dentro da área de saúde coletiva e na atenção básica na rede de Belo Horizonte. Nessa experiência, percebi que, muitas vezes, diversos casos eram centralizados na figura do psicólogo(a) ou da equipe NASF e que, diante disso, uma grande fila de espera de casos em saúde mental acabava por se formar. A partir disso, por vezes não se tinha uma efetividade do cuidado ao usuário, bem como não haviam estratégias de compartilhamento com a ESF que proporcionassem um cuidado mais resolutivo e ampliado, principalmente em saúde mental.

Atualmente, estou realizando pós-graduação (Residência em Saúde Mental), na qual estou alocada em um campo na Atenção Primária do município de Campinas. Diante disso, novamente tenho percebido que essa mesma situação tem se repetido nas unidades básicas de saúde, agora em outro município. Muitas vezes, formam-se numerosas filas de espera, geralmente centradas na figura da equipe de saúde mental do NASF, bem como percebo que as articulações entre a equipe NASF e a ESF muitas vezes são pautadas na lógica do encaminhamento e não no compartilhamento e co-responsabilização do cuidado, algo que impacta diretamente na atenção à saúde da população.

Diante dessa trajetória, procuro aprofundar nessa temática, para melhor entender de que forma tem se apresentado o compartilhamento do cuidado em saúde mental entre a ESF e o NASF nos campos em que estou alocada, bem como procuro vislumbrar estratégias possíveis para um compartilhamento do cuidado em saúde mental mais resolutivo e integral na APS.

Para isso, pretendo utilizar como metodologia o relato de experiência, caracterizado enquanto “uma expressão escrita de vivências, capaz de contribuir na produção de conhecimentos das mais variadas temáticas” (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021, p. 63). Sendo assim, pretendo ilustrar e descrever, por meio de cenas institucionais e casos clínicos, como tem sido realizado o compartilhamento entre essas equipes nas UBS em que estou alocada, no distrito Norte de Campinas, enquanto psicóloga residente do NASF.

Inicialmente, irei realizar uma breve contextualização da constituição da atenção básica no município de Campinas. Posteriormente, pretendo me aprofundar na implementação das equipes NASF no município, bem como nas possibilidades e entraves de compartilhamento do cuidado em saúde mental diante dessa implementação. Por fim, irei



destacar alguns casos clínicos e cenas institucionais vivenciadas nas UBS em que estou alocada, a fim de me debruçar nos objetivos da temática apresentada.

## **2. A CONSTITUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

A atenção primária à saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde, as quais podem ocorrer no âmbito individual ou coletivo, e que abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (PNAB, 2011. p. 10). Diante disso, a APS é responsável por um cuidado dirigido à população de determinado território, levando em conta as suas especificidades e utilizando de estratégias de cuidado, seja de baixa densidade tecnológica a alta densidade, a fim de resolver e abarcar os problemas de saúde de maior relevância daquela população. É importante destacar que atualmente o programa saúde da família (PSF) é a diretriz nacional para a constituição da Atenção Básica, configurando-se enquanto uma proposta de reestruturação do sistema de saúde no país e de substituição dos modelos tradicionais até então existentes. O PSF pressupõe, assim, uma nova concepção de atenção à saúde, baseada em um trabalho interprofissional e pautado na interdisciplinaridade, propiciando assim um cuidado ao usuário com maior gama de ações e resolutividade (MARQUES, 2003).

Diante da temática apresentada, considero importante um aprofundamento teórico em relação a constituição da atenção básica no município de Campinas, mediante o recorte metodológico desse trabalho, para melhor compreender de que forma se configurou o cuidado ao usuário na APS a nível municipal.

Ao final da década de 1970, Campinas já havia iniciado a estruturação de serviços de saúde com recursos próprios, principalmente em regiões periféricas do município e direcionado ao cuidado materno-infantil. Gradativamente, o cuidado foi sendo ampliado para uma atenção à saúde dos crônicos e grupos de risco, bem como à saúde bucal, estratégias de vacinação e prevenção de agravos (MARQUES, 2003). Nesse primeiro momento, os profissionais (médicos e auxiliares de saúde), eram recrutados da comunidade e não exigia-se uma formação específica para atuação. Na década de 80 e 90, esses serviços de saúde foram

se qualificando a passaram a prestar vigilância epidemiológica e cuidado à saúde da criança, do adulto, da mulher, além de ampliar seu escopo de atuação em grupos de formação e educação em saúde (MARQUES, 2003).

Em meados de 1995, ocorreram diversas discussões e propostas para solucionar a falta de assistência da população da microrregião do Campo Grande, diante disso, foi criado um projeto denominado Projeto Campo Grande, com objetivo de integração e cooperação entre as unidades de saúde. Apesar de favorecer essa cooperação da assistência, esse projeto não foi suficiente para abarcar as questões de saúde dessa população.

Posteriormente, nesse mesmo ano, foi apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde a proposta de implantação do PSF para o Campo Grande, no qual haveria equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem (400 famílias). Essas equipes, apesar de pautadas em um referenciamento de território, ainda eram centralizadas em um modelo médico-centrado e em um cuidado baseado em especialidades.

Na época, a proposta era voltada a melhoria do acesso aos serviços em regiões com falta de infra-estrutura, condições de saneamento básico, de transporte e no perfil epidemiológico do município (MARQUES, 2003). Apesar da tentativa de implantação e ampliação das equipes, a autora Dalvani Marques (2003) ressalta que houveram diversas dificuldades na implantação do PSF no município:

No início da implantação do projeto, 22 profissionais de saúde desistiram do mesmo por vários motivos, tais como distância das áreas, morosidade do processo de implantação, desvantagem financeira, entre outros. (...) Essas dificuldades relatadas acima permeiam toda a história de implantação do PSF, desde o início, tornando-se, como veremos no próximo período, importante a questão da ausência de diretriz municipal para o projeto. (MARQUES, 2003. p. 39)

Ainda em 1997, foram realizadas novas seleções e contratação de profissionais, bem como foi definido em decreto um adicional de produtividade para as equipes do programa. Entretanto, mesmo diante da tentativa de ampliação das equipes, a autora destaca que entre os anos 1998 e 2000 ainda ocorreram diversas limitações, principalmente atreladas à falta de diretriz municipal para o programa, o que impactava na falta de reconhecimento da rede em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes e falta de investimento em infra-estrutura,

ressalta: “Essas dificuldades retratam que o PSF em Campinas não tinha como proposta reordenar o modelo assistencial, mas ser uma alternativa para a expansão da assistência à saúde em áreas de exclusão social na periferia do município” (MARQUES, 2003. p. 47).

É importante destacar que, apesar da falta de diretriz municipal, as equipes e os profissionais alocados realizaram diversas ações em saúde interessantes na época, como ações no território, palestras e formações nas escolas, projetos de prevenção e discussões sobre a sexualidade na adolescência, planejamento familiar, dentre outros.

Em 2001, mediante nova administração municipal, a PSF torna-se diretriz do município de Campinas, que propõe o modelo Paidéia/PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção primária, buscando uma reordenação do modelo tradicional e médico-centrado existente até então.

Nessa época, iniciou-se diversas discussões sobre os desafios da mudança para esse novo modelo no município, no qual se chama a atenção para a organização dos centros de saúde em equipes de referência, baseadas em uma equipe clássica e uma equipe ampliada de cuidado (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007).

Em seu artigo “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”, Campos (1999) sugere um novo arranjo para os serviços de saúde, com base no conceito de equipe de referência e apoio matricial, no qual ocorreria uma nova ordenação dos processos de trabalho em saúde, baseado na transdisciplinaridade das práticas e saberes, bem como na produção de novas formas de cuidado entre equipe-usuários:

Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. Isto articulado, as diretrizes de gestão colegiada (Campos, 1998) e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilitariam uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores clássicos (Donnangelo, 1975; Mendes Gonçalves, 1979; Luz, 1988). Um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, amplia-se o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebra-se obstáculos organizacionais à comunicação. (CAMPOS, 1999. p.395)

Diante disso, Campos (1999) propõe uma nova configuração das equipes e uma nova forma de organização do trabalho, agora composta por um médico generalista, uma enfermeira, médico pediatra, ginecologista, dentista e auxiliar de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde (ACS), bem como haveria agora uma equipe ampliada, que realizaria um apoio matricial às equipes de referência, composta por profissionais da saúde mental e saúde coletiva (MARQUES, 2003).

Mediante a proposta Paideia, essa equipe ampliada proporciona suporte às equipes de saúde da família, a fim de ampliar o escopo de resolutividade dessas equipes, bem como proporciona um enriquecimento das discussões dos casos e de trocas entre os saberes ali existentes, de forma a aumentar as possibilidades de cuidado daquela população, para além dos modelos de encaminhamentos existentes até então.

Dessa forma, durante o ano 2001, o projeto Paidéia/PSF foi redefinindo os processos de trabalho da atenção básica do município de Campinas, assim, as equipes de saúde da família existentes até então também foram incorporadas e aprimoradas diante desse novo modelo. De acordo com Dalvani Marques (2003), destaca-se que durante a implantação ocorreram algumas mudanças no processo de trabalho, dentre elas um espaço fixo semanal para reuniões das equipes de referência, a realização do apoio matricial e a chegada de um núcleo de saúde coletiva e ampliada.

Entretanto, a autora destaca que, para ocorrer uma mudança de modelo assistencial, deve ocorrer também uma mudança dos sujeitos envolvidos, que são protagonistas do processo de trabalho em questão. De fato, uma mudança de modelo como essa é processual e envolve uma construção de uma nova ética de cuidado ao usuário, novos valores e formas de se configurar o trabalho em saúde.

Dentre as dificuldades de implantação do modelo Paidéia/PSF no município, destaca-se a própria contextualização e formação dos trabalhadores em relação a esse novo modelo, considerando que a própria implantação da PSF “clássica” em Campinas já foi permeada por entraves e dificuldades de entendimento e reconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento do trabalho. Além disso, Dimitri Marques (2003) ressalta enquanto entrave de implantação a sub-utilização das profissionais ACS, que foram profissionais introduzidas nas PSFs apenas em 2001 no município.

Diante disso, o cadastramento populacional, por exemplo, ocorreu de forma bem vagarosa na atenção primária de Campinas, algo que dificulta um diagnóstico da comunidade em questão, que é primordial para um cuidado em saúde na APS.

Brigadão e Oliveira (2005) também concordam que a implementação do programa Paidéia foi permeada por diversos entraves e desafios, dentre eles uma resistência dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, em relação a adoção de um modelo mais “generalista”, bem como a inclusão de novos profissionais nas unidades de saúde, principalmente profissionais sem formação universitária, como os ACSs. Destacam também que culturalmente a população e os profissionais ainda se pautam na tradição de um modelo baseado na centralidade da especialidade médica e hierarquização dos saberes.

É diante desse contexto, permeado por desafios na implementação das equipes de saúde da família e da sobreposição de modelos de atenção em saúde (Médico hegemônico x Clínica Ampliada), que se constituiu a atenção básica em Campinas. Destaca-se que a história de implementação da APS no município apresenta íntima relação com a configuração do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde em que estou alocada, bem como no cuidado em saúde prestado à população desses territórios. No próximo tópico, abordaremos especialmente o conceito de NASF e sua implementação na atenção básica no município de Campinas.

### **3. A CONSTITUIÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

A fim de ampliar a capacidade de resolução das equipes de saúde da família em relação ao cuidado ao usuário da atenção básica, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria no 154, bem como foi publicado um ano depois um documento com orientações e diretrizes para o seu funcionamento (BRASIL, 2014). Diante disso, o NASF se configura enquanto uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diferentes saberes ou especialidades, que atuam de forma conjunta e ampliada no apoio às equipes de saúde da família, auxiliando essas equipes na condução compartilhada dos casos.

Mediante os termos da Portaria no 154, existem duas modalidades de NASF, sendo a modalidade do NASF 1 composta por, no mínimo, cinco profissionais com formação universitária, dentre eles: assistente social, farmacêutico, psicólogo fisioterapeuta,

fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional, dentre outros. Diante dessa equipe multiprofissional, o NASF (1) deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de vinte Equipes de Saúde da Família. O NASF (2), por sua vez, teria no mínimo três profissionais dentre as especialidades já mencionadas, podendo se vincular a no mínimo três Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2009)

Diante disso, vale salientar que o conceito e constituição do NASF está intimamente atrelado à lógica do modelo Paidéia, já mencionada nesse trabalho, o que significa que é orientado também pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (AM).

Campos e Domitti (2007) retomam o conceito de apoio matricial e da clínica ampliada, uma das propostas do Apoio Paidéia, e acrescentam que esse dispositivo apresenta tanto um caráter técnico-pedagógico, quanto assistencial, à depender do compartilhamento entre as equipes e da construção proposta. Nesse sentido, o suporte do NASF às Equipes de Saúde da Família pode ser direcionado a uma retaguarda *assistencial*, com ações clínicas realizadas diretamente com o usuário, e a uma dimensão *técnico-pedagógica*, que propõe um processo de ensino-aprendizagem, no qual todos os envolvidos aprendem e, ao mesmo tempo, podem ensinar os demais núcleos de saberes que participam do apoio. É importante destacar que ambos os aspectos que compõem o AM pressupõem um compartilhamento de saberes e a co-responsabilização das propostas realizadas.

A cartilha do Ministério da Saúde sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano (2014), ressalta que:

Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo), a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Em suma, o NASF pode contribuir para o esforço de produzir cuidado integral no SUS e, nesse sentido, o escopo de ações que podem ser desenvolvidas não se esgota aqui. Ao contrário: são apresentados apenas alguns caminhos, mas outros tantos podem ser criados no encontro entre as equipes, e entre estas e seus territórios. (BRASIL, 2014. p. 23)

Nesse sentido, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apresenta um amplo escopo de atividades e possibilidades de compartilhamento com as Equipes de Saúde da Família (ESF), constituindo-se enquanto importante ferramenta de cuidado ao usuário em saúde na atenção básica.

Mediante o recorte deste trabalho, que se trata do compartilhamento do cuidado em Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas, vale salientar como se deu a implantação dos NASF no município de Campinas.

Como já mencionado, desde 2001, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o referencial Paideia como base na organização e gestão dos serviços de saúde. Diante disso, não só a Atenção Básica começou a adotar a estratégia de saúde da família, como também passou a dialogar com conceitos de Gastão Wagner no que tange ao Apoio Paideia: Clínica Ampliada, Cogestão, Equipe de Referência, Apoio Matricial e institucional (CAMPOS, 2017). Em 2004, o apoio matricial se expandiu e passou a ocorrer também entre os serviços especializados da atenção secundária (Ambulatórios, Centros de Referência) e nas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar de ser pioneira na discussão sobre o conceito de Apoio Matricial e da Clínica Ampliada, Campinas apresentou diversos entraves na efetivação dessas práticas. Foi apenas em 2011 que o município avançou na discussão sobre a implantação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas UBS, apesar da criação dos NASF ter sido efetivada em 2008. Dessa forma, em 2011 foram criadas no distrito de saúde Norte, Sudoeste e Sul, as três primeiras equipes NASF do município:

Definiu-se que o processo de trabalho das equipes deveria estar em conformidade com as diretrizes do Apoio Matricial e sua atuação deveria ter os seguintes eixos principais: discussão de caso, atendimento compartilhado, promoção e atualização dos temas relevantes para a Atenção Primária e elaboração de Projetos Terapêuticos Compartilhados (CAMPOS, 2017. p. 114)

Mediante essa tentativa de implementação, a equipe NASF do distrito Sul teve diversos problemas logo no início, principalmente relacionados a grande rotatividade de profissionais, sem reposição de pessoal. Por outro lado, o distrito Norte conseguiu concretizar essa proposta até 2013, após remanejamento de profissionais, mas ainda apresentou importantes entraves na implementação. Sendo assim, apenas a equipe NASF do distrito sudoeste deu seguimento ao trabalho junto às equipes de referência das UBS (CAMPOS,

2017). Esses dados constituem-se enquanto importante analisador do cenário atual dos NASF em Campinas, especialmente mediante o recorte do distrito Norte, no qual estão as UBS em que estou alocada esse ano.

Em 2015, após uma proposta realizada pela Oficina de Atenção Básica de Campinas, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um novo debate pensando na ampliação das equipes NASF de Campinas. Esse debate, segundo Campos (2017), teve duas frentes de disputa: pouco investimento em novas contratações e outra que buscava possibilitar uma expansão dos profissionais da Atenção Primária.

Diante desse campo de discussão, enfim em 2016 efetivou-se a implantação dessas equipes em todos os distritos de saúde. Entretanto, Campos (2017) ressalta que, mesmo diante dessa implantação, a gestão municipal não tem adotado o Apoio Matricial como diretriz de governo e as equipes NASF não são colocadas enquanto prioridade no município. A partir disso, são os próprios profissionais da rede de saúde de Campinas que têm sustentado o Apoio Matricial, o compartilhamento de PTS, e a perspectiva da clínica ampliada em suas práticas, mesmo diante de um apoio institucional frágil.

Além disso, outro dado importante destacado por Campos (2017) em sua pesquisa, é que a maior parte dos profissionais que realizam apoio no município não são de equipes NASF, mas sim de serviços especializados em saúde mental (CAPS III, CAPS-AD e CAPSi), algo que está intimamente associado à falta de investimento do município na criação dessas equipes.

Diante da temática deste trabalho, esse breve resgate histórico já nos permite esboçar o quanto os impasses encontrados na implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Apoio Matricial no município gera repercussões nos dias atuais, bem como interferem diretamente no compartilhamento do cuidado ao usuário de saúde mental, uma temática que iremos nos debruçar no próximo capítulo.

#### **4. O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Neste capítulo, reiteramos a atenção básica enquanto um importante componente no cuidado em saúde mental. A AB faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se propõe enquanto uma rede de cuidado direcionada a pessoas acometidas por algum transtorno



mental, desde alterações leves, até as mais graves. Dessa forma, a AB constitui-se enquanto porta de entrada na rede de saúde e sempre será co-responsável por um cuidado longitudinal em saúde mental, bem como se constitui enquanto importante articuladora das redes de cuidado dessa população. Como já mencionado, mesmo que um usuário apresente algum sofrimento mental grave e já seja acompanhado por algum serviço especializado, ele nunca deixará de ser parte da clientela da equipe de saúde da família, que sempre será co-responsável pelo acompanhamento da condição de saúde desses usuários (BRASIL, 2010).

Destaca-se que o cuidado em saúde mental no território está intimamente atrelado ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mobilizado por usuários, familiares e trabalhadores da saúde, por volta da década de 1980. Esse movimento, dentre suas diversas frentes, preza pela mudança de um modelo hegemônico baseado em um olhar biomédico e fragmentado do sofrimento psíquico, por um modelo de serviços de base territorial, prezando por um cuidado ampliado e interprofissional.

No que tange a saúde mental, vale ressaltar que o município de Campinas apresenta-se enquanto pioneiro nas discussões e processos da reforma psiquiátrica, tanto na implantação de serviços de reabilitação psicossocial, quanto no campo da pesquisa.

Sendo assim, apesar dos entraves já discutidos em relação a implantação das Equipes de Saúde da Família no município, a rede de atenção básica consta com equipes de saúde mental desde a década de 70, ampliadas mediante o modelo Paidéia, bem como consta com uma ampla rede de Centros de Atenção Psicossocial III por distrito sanitário, algo que diz da importância da mobilização do movimento da reforma psiquiátrica nesse município (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

De acordo com Figueiredo e Onocko-Campos (2009), em seu artigo “Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?”, a atenção básica apresenta-se enquanto componente essencial e estratégico para um enfrentamento em diversas formas de sofrimento psíquico, justamente por sua proximidade com o território das famílias e da comunidade. Além disso, reiteram que “A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada” (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009. p. 130).

O cuidado em saúde próprio da atenção básica, que leva em conta o acolhimento, o vínculo e ações no território, coloca em questão o quanto essa escuta do sofrimento psíquico

também pode ser realizada levando em conta tecnologias leves, que nem sempre necessitam de um cuidado especializado ou mesmo realizado somente por um profissional específico da área da saúde mental.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou um caderno intitulado: Atenção Básica: Saúde Mental (BRASIL, 2013), que discorre justamente sobre o papel da atenção básica no cuidado do sofrimento psíquico. Neste caderno, reitera-se que a presença de um saber técnico específico sobre a saúde mental não deve ser um indicativo de que apenas esse profissional possa realizar uma intervenção com um usuário em sofrimento. Pelo contrário, essa cartilha traz que: “As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde” (BRASIL, 2013. p. 22). Dessa forma, mesmo que por vezes profissionais da equipe de saúde da família (técnicos de enfermagem, de saúde bucal, enfermeiros, médicos, ACS, etc), se mostrem inseguros quanto o cuidado em saúde mental, esses profissionais apresentam um entendimento do território e um vínculo com os usuários que possibilita uma série de intervenções e uma compreensão dessa temática.

Dentre as possibilidades, o documento cita uma escuta sensível ao contexto do usuário, pautada na reflexão deste sobre o próprio sofrimento, bem como um acolhimento baseado na boa comunicação e no reconhecimento do sofrimento do usuário enquanto legítimo. A cartilha destaca duas maneiras da ESF realizar essa escuta: O espaço para o “desabafo”, no qual o profissional seria interlocutor do sofrimento do usuário, e a potência do acolhimento de equipe (BRASIL, 2013).

Dessa forma, um profissional que se coloca à disposição para escutar o “desabafo” do usuário, independente da sua formação, já é uma enorme potência no cuidado, uma vez que permite ao usuário narrar seu sofrimento e possibilita um fortalecimento do vínculo. Além disso, também permite que esse usuário identifique naquele profissional uma via para lidar com seus sofrimentos do dia-a-dia e um potencial articulador de seu cuidado em saúde.

O acolhimento, por sua vez, é um dispositivo da atenção primária, que propicia um espaço de escuta das queixas do usuário, com objetivo de formar um vínculo e um contato contínuo de cuidado. Geralmente, cada Equipe de Saúde da Família tem um horário ou uma grade de horários específica para acolher as demandas da população de seu território de referência, diante disso, a Cartilha da Atenção Básica: Saúde Mental (2013) destaca a importância desse espaço diante de demandas associadas ao sofrimento psíquico:

Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da Unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. (BRASIL, 2013. p. 24)

Apesar desses dispositivos apontados na literatura, que desembocam em diversas formas de cuidado por meio da escuta da Equipe de Saúde da Família, muitos profissionais da atenção básica apresentam medo e insegurança na lida com questões de saúde mental. Muitas vezes, a visão apresentada na formação desses profissionais é pautada em um “modelo hegemônico” de cuidado, que coloca a saúde do usuário resumida aos aspectos biológicos ou mesmo associam o acolhimento a um modelo de queixa-conduta, no qual rapidamente se encontraria a cura para o problema ou sintoma apresentado. Diante disso, por vezes esses profissionais se frustram por não apresentar ofertas de cuidado imediatas ou mesmo não reconhecem em si uma possibilidade de escuta adequada para um sofrimento psíquico. (BRASIL, 2014)

Figueiredo e Onocko-Campos (2009), em seu artigo “Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?”, realizam uma pesquisa justamente com os atores/profissionais que compõem o cuidado compartilhado em saúde mental do usuário na atenção primária, na qual apontam-se as percepções dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre o acolhimento em saúde mental:

Para esse grupo, a capacidade da equipe de referência em acolher o sofrimento depende da disponibilidade do profissional, do seu perfil e da sua formação. Foi marcante nesta narrativa a expressão da angústia ao entrar em contato com o sofrimento, e também um certo medo em relação à necessidade de lidar com os pacientes considerados da Saúde Mental. Avaliam que sua formação não contribui para que possam intervir no campo da Saúde Mental. Segundo o grupo, é possível acolher e orientar os pacientes na perspectiva da clínica ampliada, mas se preocupam com a eficácia de suas intervenções, no sentido de que produziriam resultados apenas imediatos (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009. p. 133)

É diante desse medos, inseguranças e dificuldades na condução do caso que se torna importante o compartilhamento do caso via Apoio Matricial com a equipe NASF. Por diversas vezes, essa frustração das equipes e a pressa em “resolver” o sofrimento que escutam no

acolhimento leva a um retorno a um modelo fragmentado do cuidado, no qual por vezes as equipes passam a realizar encaminhamentos direcionados ao psicólogo ou ao profissional de saúde mental do NASF, sem uma co-responsabilização do caso. Dessa forma, um cuidado que deveria ser pautado em um vínculo longitudinal com a equipe de referência, passa a ser realizado, por vezes, de maneira fragmentada e centrada apenas na figura de alguns profissionais, algo que vai na direção contrária do modelo da própria Reforma Psiquiátrica, que preza pela clínica ampliada no território.

Diante disso, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) também salientam a perspectiva dos profissionais NASF/Saúde mental em relação ao compartilhamento do cuidado via Apoio Matricial com as equipes de referência:

O grupo destaca o problema da definição de responsabilidades e, com isso, os vários encaminhamentos gerados. “Eu digo a eles que eles podem dar conta e eles teimam que a gente é que tem que atender”, “E volta pro generalista, volta pro psicólogo”. Neste sentido, consideram o Apoio Matricial como forma de compartilhar responsabilidades. Ele exige que os profissionais, juntos, compreendam o caso e suas necessidades, e só então seria possível bloquear encaminhamentos indiscriminados e decidir sobre responsabilidades de cada profissional. (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009. p.133)

Apesar desses profissionais apontarem o compartilhamento do cuidado enquanto algo potente, o estudo aponta que na narrativa da equipe NASF também foi observada uma tendência em transferir apenas para as ESF as dificuldades no compartilhamento do cuidado, dizendo de sua “resistência em trabalhar com o que não é medicamentoso ou porque representam o Apoio Matricial como uma imposição da gestão” (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009. p. 133). Diante disso, as autoras salientam que os profissionais NASF também apresentam certa dificuldade em assumir o papel de apoiadores e de compartilhar o seu saber com os demais profissionais das equipes.

Mesmo diante das dificuldades relatadas, tanto os profissionais da equipe NASF, quanto os profissionais da ESF, consideraram o apoio matricial uma estratégia essencial para a ampliação da capacidade resolutiva das equipes e do cuidado em saúde mental.

De fato, no artigo mencionado, ressalta-se que a ESF valoriza o Apoio enquanto estratégia de capacitação e de orientação para uma escuta da equipe ao usuário, bem como reconhece que a saúde mental envolve todo um contexto social e a autonomia do sujeito na

lida com a própria vida. Além disso, apesar de pontuarem a necessidade, em alguns casos, de ofertas especializadas vindas da equipe NASF, as equipes salientaram alguns recursos que poderiam lançar mão no cuidado em saúde mental, como “grupos de qualidade de vida, artesanato, fuxico, pintura, grupos de dança, coral” (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009. p. 134).

Por outro lado, a equipe NASF também concorda com a necessidade de abertura da agenda e da oferta especialidade em casos mais graves, mas salienta que para isso é essencial aumentar a capacidade resolutiva das equipes e investir em recursos alternativos a uma assistência tradicional em saúde mental. (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009)

Segundo Figueiredo e Onocko-Campos (2009), o compartilhamento dos casos entre essas equipes permitiria uma regulação do fluxo de cuidado desses usuários, bem como possibilitaria uma distinção dentre as situações de sofrimento psíquico que seriam comuns à vida cotidiana, nas quais seria possível um acolhimento pela ESF ou a utilização de recursos disponíveis na própria comunidade, daquelas situações mais graves, que demandam uma escuta especializada do NASF ou a articulação do cuidado com a atenção especializada.

Sendo assim, com a estratégia do Apoio Matricial e na perspectiva da clínica ampliada:

(...) É possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009. p. 130)

No próximo tópico, por meio de um relato de experiência, serão explanadas algumas cenas institucionais e casos clínicos que acompanhei durante esse ano, que de alguma forma perpassam a temática do compartilhamento do cuidado em saúde mental, bem como dizem um tanto da construção sócio-histórica da rede de saúde do município de Campinas, já descrita neste trabalho.

## 5. “POLIQUEIXOSOS”: QUANDO A DOR TRANSBORDA O CORPO

Mediante a discussão apresentada em relação a constituição das Equipes de Saúde da Família no município de Campinas, bem como das possibilidades de apoio a essas equipes no cuidado ao usuário na atenção básica, será ilustrado alguns encontros e desencontros desse compartilhamento entre ESF e NASF no cuidado em saúde mental, a partir de alguns casos clínicos que acompanhei nos Centros de Saúde em que estive alocada. Para melhor elucidar o leitor, é importante levar em conta que a equipe NASF em questão é composta pelos seguintes profissionais: Fisioterapeuta (1), Assistente Social (1), Psicóloga(s) (2), Farmacêutico (1), Pediatra (1), Fonoaudióloga (1) e Ginecologista(s) (2). As ESF, por sua vez, são compostas, em sua maioria, por um profissional médico(a), uma enfermeira, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitárias de Saúde. É importante frisar que em um dos Centro de Saúde em que estou alocada ocorreu uma grande rotatividade de profissionais médicos da ESF, algo que impacta no cuidado ao usuário.

### 5.1 CASO LAÉRCIO

Laércio é um homem branco, que tem 63 anos, era artesão, principalmente de artefatos góticos, mas também já trabalhou em manutenção de máquinas e em copiadoras, nos quais fazia fotografia, impressão e edição de fotos e vídeos. Laércio interrompeu a atividade laboral durante a pandemia, devido a diversas questões clínicas e dores crônicas.

O caso chega até mim por duas vias: primeiramente pela fisioterapeuta, que diz estar atendendo pontualmente esse usuário devido a algumas dores crônicas na coluna causadas por uma hérnia de disco. Diante disso, a profissional orientou o usuário em relação a alguns exercícios que poderia fazer para diminuição da dor e me procura principalmente devido a um discurso de Laércio de que não tem se importado mais com a própria vida, que preferiria morrer em função das questões clínicas apresentadas.

Paralelamente, discuto o caso com a assistente social, a qual relata que tem atendido Laércio devido a vulnerabilidade socioeconômica e a rede familiar frágil, tem como rede apenas a filha, que reside em outra cidade e possui pouco vínculo. A profissional me conta que Laércio é um usuário muito conhecido por toda a rede e pelo Centro de Saúde, principalmente por ser “poliqueixoso” e que, por vezes, incomoda toda a equipe com suas

demandas “infinitas” relacionadas ao benefício ou às queixas clínicas. Por diversas vezes, noto que esse usuário é citado nas Equipes de Saúde da Família sempre enquanto um incômodo para equipe, já que dizia que os médicos e enfermeiros nunca “resolviam o problema dele” (sic), queixando-se sempre de muita dor. Além disso, a equipe diz diversas vezes que o atendimento de Laércio costuma se delongar bastante, dispensando muito tempo da rotina dos profissionais. A equipe se angustiava bastante, principalmente por não saber como responder a essas queixas, já que as intervenções medicamentosas não surtiam efeito.

Diante disso, há meses Laércio tem sido acompanhado pela clínica médica, pelo gastroclínico e pela neurocirurgia. Foram realizados diversos exames, os quais ainda estão em andamento, mas mesmo mediante a proposta de acompanhamento e de intervenção medicamentosa, o paciente insiste que “nunca resolvem o problema dele” (sic) e que ainda tem sentido bastante “dor”.

Mesmo diante dessa angústia da equipe, é interessante notar que o caso chega até mim via Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não diretamente pela ESF em questão. Diante disso, realizo atendimento compartilhado com a assistente social, que diz que o usuário se nega a realizar acompanhamento psicológico, mas que um atendimento conjunto poderia “ajudá-lo a se abrir” (sic). Traz que pensa em um acompanhamento psicológico devido ao uso abusivo de Lexotan realizado pelo usuário, além de intenso isolamento social e da negativa da parte de Laércio de realizar o tratamento medicamentoso em relação às questões clínicas.

Após atendimento compartilhado com assistente social, começo a atender Laércio, que me fala bastante sobre as dificuldades financeiras e da falta de sentido, já que agora está sem trabalho. Durante os atendimentos, inicialmente Laércio se mostra bastante desconfiado, traz um discurso bastante metafórico sobre as mazelas do mundo e sobre o quanto “nada nessa vida é confiável” (sic). Aos poucos, me conta sobre o quanto teve uma infância difícil, permeada pelo abandono e por episódio de violência sexual na infância. Traz que iniciou o uso de Lexotan desde os dezesseis anos de idade, dizendo de uma necessidade de estar “sedado” e distante do mundo. Mediante isso, também conta que passou a se tornar “viciado em pornografia” (sic) e a praticar diversas violências com outras pessoas, principalmente a partir da adolescência, enquanto maneira de se distanciar ou de deslocar algo de seu sofrimento.

Aos poucos, mesmo diante de tamanha desconfiança com o mundo, Laércio começa a confiar no espaço ofertado e traz a enorme culpa que sente mediante as violências que

permearam sua vida. Diante disso, diz que “carrega a dor no mundo nas costas” (sic) desde o episódio de violência sexual que sofreu na infância, chega a dizer que se “considera um monstro e que não deveria ter vindo ao mundo” (sic). Enquanto isso, traz em todo atendimento as dores constantes que tem no corpo, bem como relata em cenas vívidas diante dos procedimentos invasivos que já realizou para tentar “curar o que tinha de errado com ele” (sic).

Apesar de entender, mediante minha especialidade enquanto psicóloga, que a dor no corpo de Laércio também dizia muito de um castigo e culpa impostos a si mesmo ao longo de sua vida, algo que por vezes o impedia de investir na vida e em novas possibilidades de vínculos afetivos, também me questionava sobre o quanto disso também dizia de queixas orgânicas importantes a serem investigadas e cuidadas. Tinha dúvidas sobre a questão medicamentosa e ao uso abusivo do Lexotan, que acabavam por colocar o usuário em situações de risco. Diante disso, realizei uma conversa, “de corredor” com o médico da ESF que tem atendido Laercio nas últimas consultas clínicas:

### *Cena 1*

*Realizo a discussão do caso com o médico da equipe de saúde da família de referência. Procuo entender melhor quais são as questões clínicas de Laércio, digo que o usuário tem se queixado de bastante dor durante os atendimentos, bem como pergunto sobre as investigações clínicas que têm sido realizadas.*

*Reitero que me preocupo com o uso irregular do Lexotan, do qual Laércio tem feito uso durante o dia, momento no qual realiza diversas atividades diárias (cozinha, andar de moto, etc). O médico me diz que o usuário tem algumas questões clínicas de fato, como a próstata aumentada e a hérnia de disco, mas que o usuário não toma o remédio prescrito para tratamento. Conta que as investigações têm sido realizadas para procurar “anular” todas as possibilidades orgânicas, já que o usuário é poliqueixoso, mas fala que a dor que Laércio diz sentir parece mais “histeria” (sic) e que não corresponde ao quadro clínico dele.*

*O médico da ESF me pergunta o que acho dessas constantes investigações clínicas, se isso não pioraria essa “dor psicológica”(sic). Digo que é algo a se pensar e que poderíamos pensar juntos se os procedimentos seriam algo considerado invasivo para o usuário ou “contingente” mediante seu sofrimento.*

*Em relação ao Lexotan, conversamos sobre desmame no CAPS, que já ocorreu anteriormente, e me conta que nem pensa no desmame da medicação, mas sim na redução de danos. Conto sobre a cartilha de Plantas Medicinais que eu e a Assistente Social entregamos ao usuário no último atendimento, a fim dele começar a usar de outras estratégias na lida com a dor que não o Lexotan, o médico acha uma via interessante. Digo sobre talvez*



*pensarmos em orientar Laércio sobre o uso irregular do Lexotan, principalmente em situações que podem gerar risco, ele concorda em realizar essas orientações no próximo atendimento.*

Após discussão com médico da equipe, tenho mais clareza das questões orgânicas de Laércio e me coloco a pensar sobre essa constante investigação clínica, por vezes invasiva, que o usuário tem realizado há anos, me pergunto que lugar essas constantes investigações e queixas do usuários teriam na vida de Laércio nesse momento. Diante dos próximos atendimentos, o usuário começa a trazer para o espaço terapêutico diversas imagens e fotos que dizem de cenas de sua vida, bem como começa a me mostrar e a levar aos atendimentos alguns artefatos artesanais que costumava fazer para vender.

Diante disso, começa a se debruçar sobre seu passado, bem como sobre aspectos de si para “além do mosntro”. Entretanto, por vezes dizia que ainda se sentia sem rumo ou possibilidades de futuro. Apesar de ter retomado algumas coisas na vida, Laercio seguia queixando-se da dor e sempre a colocava como algo “sem cura” (sic) que o impedia de seguir em frente.

Mediante esse cenário, me questionava sobre minhas condutas clínicas e apresentava diversas dúvidas sobre como ajudar Laércio a investir em novas possibilidades de vida. Sempre tive bastante cuidado para que o usuário pudesse encontrar por si mesmo esse desejo, mas também percebia que de fato ele ainda estava com dificuldade em se movimentar para além dessa “dor do passado”.

## *Cena 2*

*Em reunião com a equipe de saúde da família, a médica “nova” que tem acompanhado Laércio traz o caso em discussão e diz muito do que a equipe já vinha dizendo anteriormente: é um usuário que demanda muito nos atendimentos e bastante “poliqueixoso”. Traz que todos os exames que ela pediu para Laércio realizar estão normais, sem grandes alterações, apesar da queixa constante.*

*Digo um pouco na reunião sobre outra perspectiva das “dores clínicas” do usuário, conto brevemente sobre algumas violências e da história de vida de Laércio e digo que “talvez, essas dores sejam para além das questões orgânicas, dizem muito de sua história, apesar de também serem importantes de investigação” (sic). Também digo sobre minha dificuldade em ajudá-lo a realmente investir em outras possibilidades na vida, como pensar no trabalho e em novos laços sociais. Diante disso, a médica comenta: “Assim, pelo que eu*

*entendi na história dele, ele perdeu muita coisa né, trabalho, família, então talvez a dor e as investigações dessa “cura” sejam a única coisa que restou, por isso ele fica preso a isso e não vê outras possibilidades” (sic). Conta que depois que Laércio começou a ficar muito tempo falando das dores no atendimento ela respondeu: “Ora, se você já está há anos com essa dor, sem fazer nada, não é melhor você fazer alguma coisa mesmo com as dores? Já chega de ficar parado só nisso” (sic). Diz que sugeriu grupos do Centro de Convivência e que fez um trato com ele de que deveria pensar sobre isso.*

De fato, depois dessa intervenção da médica, muita coisa mudou no meu atendimento. Senti como se a médica tivesse complementado a terapêutica do caso e realizado uma intervenção “mais dura” e mais diretiva em relação ao tratamento que eu, no meu núcleo, não havia me autorizado a realizar. Depois disso, Lercio chega ao meu atendimento bastante pensativo e diz: “Nossa, depois que a médica me falou isso, pensei que tenho que fazer algo dessa vida mesmo né, afinal, com a dor ou não, a vida tá aí passando e eu aqui parado” (sic).

Depois disso, Laercio começou a se mobilizar para ter mais contato com os netos e a ajudar a filha no dia a dia, chegou até a pensar em trabalhar de novo.

## **5.2 CASO MARTHA**

Martha é uma mulher preta, tem 59 anos, é de uma família vinda do Sergipe, composta por oito irmãos, sendo que seis deles já faleceram. Martha realizava uso importante do álcool desde os 13 anos de idade, interrompeu o uso há 5 anos, mas segue realizando uso de tabaco todos os dias. Atualmente, vive com a filha Renata, sua irmã Geni e seu sobrinho, sendo que na casa dos fundos vive Sandra, sua cunhada, esposa de seu irmão recém falecido.

Martha fazia acompanhamento no Centro de Saúde devido algumas questões clínicas, como dor no baixo ventre e dor nas pernas. Diante disso, estava sendo acompanhada pelo Centro de Especialidades Médicas e, na época, a assistente social acompanhava a família e tentava acionar Sandra (cunhada de Martha) para um auxílio nas idas da usuária aos atendimentos.

Meu primeiro contato com a família, inclusive, foi em um atendimento compartilhado com a Assistente Social, que procurava sensibilizar a família em relação ao auxílio nos cuidados de Martha. Entretanto, Sandra estava sobrecarregada com os cuidados do irmão da

usuária, bem como as filhas de Martha não costumavam ser de fácil contato, assim, a usuária apresentava uma rede familiar/social um tanto frágil.

Alguns meses após esse atendimento com a assistente social, Martha começa a acessar o centro de saúde com muita frequência, dizendo sempre sentir “falta de ar” e “pernas bambas” e que necessitava de uma medicação para se acalmar. O caso aparece, assim, em reunião da Equipe de Saúde da Família, na qual a médica fala: “*Martha sempre costuma vir reclamar de algo, mas agora tá pior viu tadinha, todo dia ela aparece do mesmo jeito, não sei mais o que fazer, não posso ficar dando remédio sempre pra ela*” (sic). Diante disso, combino que da próxima vez que Martha comparecer ao CS iria atendê-la junto ao acolhimento e tentar vinculação. Na ocasião, a equipe não sabia dizer o motivo da falta de ar ou da ansiedade de Martha.

Dessa forma, meu primeiro contato com Martha foi após um acolhimento de equipe, o qual a usuária acabava por buscar todos os dias. Assim, a ESF me aciona e conheço a usuária pela primeira vez. O profissional da ESF em questão disse que era melhor eu atender em outra sala que não a do acolhimento, porque “*tinha muita gente ainda para passar com a equipe*” (sic).

Nesse atendimento, Martha entra na sala com autocuidado prejudicado e fala bem agitada e ansiosa. Diz que está com falta de ar e me pede um remédio. Quando digo que não sou médica e não posso medicá-la, ela já se apronta para sair, mas falo que talvez conversar com alguém seja importante para ajudá-la. Ela diz então que esteve pior após reencontro com a filha Teresa, que não via há anos, após rompimento de vínculo. Refere que teve um rompimento com a filha e que “*a expulsou de casa*” (sic), algo que gerou muita ansiedade e culpa. Diz que sua outra filha Renata raramente está em casa e que se sente muito sozinha.

Quando pergunto sobre a sua rotina, conta de uma rotina bastante esvaziada, na qual fica durante todo o dia no sofá e apenas brinca com seu cachorro. Não tem se alimentado bem, refere que come apenas uma marmita que a filha leva para o almoço e diz que não está tendo acesso ao benefício.

Diante da conversa com a usuária, penso em maneiras de ampliar o repertório de Martha e sugiro ida ao Centro de Convivência, local que a usuária costumava ir há algum tempo atrás. Sendo assim, acordo com Martha tentativa de retorno as atividades ao CECO e combino novo atendimento no Centro de Convivência, mostro algumas atividades e Martha topa ir no “grupo de linhas”.

Após esse atendimento, levo o caso à reunião de equipe e coloco minha percepção sobre Martha, que apresenta sofrimento muito atrelado à vulnerabilidade social e à rede familiar frágil. Digo que irei seguir meus atendimentos pela crise de ansiedade, mas procuro enfatizar outras formas de cuidado para além do atendimento individual. Aponto o CECO como possibilidade de ampliação de repertório, mas digo também da rede familiar frágil enquanto fator agravante, bem como da alimentação precária.

### *Cena 1*

*A médica da equipe concorda e fala: “De fato, ela tem vindo todos os dias e percebo que a questão dela é inclusive passar fome, ela fala que tem coisas em casa com medo da família brigar, mas não tem. Outro dia até oferecemos um lanche que estava tendo aqui no CS e ela comeu como se tivesse com fome mesmo. Aquela filha dela que recebe o benefício da Martha e não deve estar comprando as coisas”(sic). Pergunto se a família era acompanhada pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou pela rede especializada, mas a equipe não soube dizer. Acordamos que a enfermeira da equipe ia tentar contato com a assistente social do CRAS e pensamos em uma visita domiciliar (VD) compartilhada com o CECO para verificar a situação da casa. Como a visita domiciliar seria realizada em um dia que eu não estaria no serviço, combino compartilhamento na próxima reunião sobre a percepção da equipe diante da VD.*

Na próxima reunião de equipe, a médica e a enfermeira trazem um pouco do que viram na VD, realizada de forma compartilhada com a Assistente Social do CRAS e com a equipe do Centro de Convivência. Afirmam que na casa não havia gás ou utensílios de higiene, referem que havia apenas água na geladeira, com poucos alimentos para consumo, bem como dizem de condições precárias da moradia. Contam que a assistente social conversou com Sandra (cunhada) na ocasião e sensibilizou a família pelo auxílio nos cuidados. A assistente social verificou que o benefício de Martha estava bloqueado, mediante o cadastro desatualizado, e iniciou procedimento de desbloqueio do benefício.

Após visita domiciliar realizada pela ESF e pela Assistente Social do CRAS, percebi uma melhora significativa da falta de ar de Martha e de sua angústia nos atendimentos individuais. Após nossa ida ao CECO juntas, a usuária tem acessado o espaço para realização de grupos duas vezes na semana e teve boa vinculação. Comigo, diz da sensação de solidão e da saudade da filha, mas já vem aos meus atendimentos com autocuidado melhorado e refere que tem se alimentado com mais frequência. Diz que Renata “comprou as coisas de casa e

comprou gás” (sic). Após alguns atendimentos, Martha teve melhora significativa e combinei “alta” dos atendimentos individuais, dizendo que iria encontrá-la apenas esporadicamente no CECO, a usuária concorda e percebe melhora.

Após algumas semanas, a equipe recebe a notícia do falecimento do irmão de Martha, que estava com Parkinson. Diante disso, a equipe diz de mudança da dinâmica familiar, na qual Geni se encontra mais agitada na casa, brigando com Martha, e Sandra vivenciando o processo de luto. De fato, a equipe diz que Martha tem acessado novamente o Centro de Saúde com frequência, com “falta de ar” e “pernas bambas”. Certo dia, estava no CS quando Martha acessou o acolhimento e o técnico de enfermagem me chama pedindo uma ajuda no manejo do caso.

### *Cena 2*

*O técnico de enfermagem me acessa e diz: “Conversei um pouco com ela, ela estava demandante por medicação e muito agitada, falando que estava tonta e com as pernas bambas. Medi a temperatura, pressão e glicemia, parecia tudo normal, então acredito que seja ansiedade mesmo. Conversei com ela e ela disse que está triste após falecimento do irmão e que está triste porque a irmã Geni disse que iria retirar o sofá dela” (sic). Diante disso, combino de entrar junto com o técnico no acolhimento, mas quando chego ele se retira e diz que vai “nos deixar mais à vontade para conversar” (sic). Mediante escuta, Martha retoma a sensação de solidão e fala da morte do irmão enquanto algo que a deixa triste, conta de momentos que passou junto ao irmão e diz que sente saudades, traz também mudanças na dinâmica da casa e de briga com Geni. Entretanto, ao final do atendimento, diz que está com medo de voltar para casa, porque está com as “pernas bambas” (sic), chora e diz do medo de morrer assim como o irmão. Diante disso, vou ao corredor chamar novamente o técnico de enfermagem e digo: “Estava pensando, a Martha está com muito medo de morrer, algo na morte do irmão despertou essa angústia, você não acha que seria interessante você atender comigo, talvez aferir os sinais de novo, mostrar que está tudo bem, talvez assim ela se acalme” (sic). O técnico responde: “mas eu já aferi os sinais e estava tudo ótimo” (sic). Digo que sim, mas que seria mais para ela se sentir melhor, talvez ajude ela a se acalmar. Ele concorda e vai comigo até a sala, afere todos os sinais novamente e examina Martha, a acalmando em relação às questões apresentadas e acolhendo sua angústia. Diante disso, Martha se acalma e consegue ir para casa mais tranquila.*

## 6. DISCUSSÃO/RESULTADOS

Diante dos casos e das cenas institucionais descritas, considero importante destacar alguns encontros e desencontros do compartilhamento do cuidado em saúde mental observados, bem como é essencial evidenciar algumas fragilidades do compartilhamento entre as equipes. Primeiramente, a rotatividade dos profissionais na Atenção Primária, representada pela mudança dos médicos de Laércio, ou mesmo a dificuldade de sustentação de espaços de atendimentos compartilhados (cena em que atendi Martha sozinha mediante a agenda lotada da equipe de enfermagem), dizem um tanto do histórico da constituição da atenção primária em Campinas. Como já mencionado, na história do município, frequentemente ocorre uma alta rotatividade de profissionais nas equipes, bem como o Apoio Matricial e o Apoio Institucional se tornaram dispositivos um tanto fragilizados ao longo dos anos, sendo priorizados procedimentos burocráticos e atendimentos individuais de rotina das equipes em detrimento de espaços de discussão de caso e de compartilhamento.

Além disso, diversas cenas descritas nos dizem de uma interposição entre um modelo biomédico de cuidado, no qual ocorre uma hierarquização de saberes, e um modelo pautado na clínica ampliada e na interprofissionalidade, algo que diz um tanto do quanto esses modelos estão constantemente em disputa e em pauta nas relações de cuidado.

Inicialmente, percebe-se que tanto no caso de Laércio, quanto no caso de Martha, as queixas apresentadas são tidas pela ESF enquanto demandas de ordem orgânica, bem como ambos são nomeados pelas equipes enquanto usuários “poliqueixosos”. É interessante destacar que ambos os casos demoraram a aparecer nas reuniões de equipe e nas discussões enquanto queixas associadas a um sofrimento psíquico. Por vezes, inclusive, essas queixas aparecem cindidas à história subjetiva de cada usuário ou mesmo ao contexto social em que estão inseridos. O caso de Laércio, por exemplo, foi discutido inicialmente apenas dentro da própria equipe NASF, enquanto o caso de Martha aparece enquanto angústia por parte da equipe apenas mediante a “não solução” das medicações prescritas pela médica.

No artigo “Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento (GAMA; ONOCKO-CAMPOS; FERRER, 2014), os autores evidenciam que configurações clínicas ligadas a queixas somáticas, por vezes, são demandas que não recebem a devida atenção e tratamento por parte das equipes. De acordo com os autores, a compreensão da problemática costuma ir pela via da individuação do problema ou pelo enquadre em um diagnóstico, sendo

necessária uma ampliação desse olhar, vislumbrando a condição socioeconômica do usuário e a rede de afetos/sociais que estabelece. Diante disso, a falta de um olhar ampliado sobre esse tipo de queixa reitera o modelo biomédico e fragmentado do cuidado que ainda transpassa a prática das equipes.

Nas cenas relatadas, foram realizadas diversas tentativas de “solução do problema” com o uso de medicações e por meio de investigações orgânicas, sem levar em conta outras possibilidades de cuidado. Sendo assim, não se vislumbra o uso de tecnologias leves enquanto possibilidade, como o “acolhimento e o desabafo”, já mencionados, ou mesmo não se leva em consideração toda a história de vida dos sujeitos e os fatores contextuais/sociais associados.

A cena 2 do caso Martha, na qual o técnico de enfermagem resume sua intervenção ao aferimento dos sinais e aos aspectos orgânicos, saindo da sala após solicitar a presença do NASF, diz um tanto do que foi descrito da literatura, na qual Figueiredo e Onocko Campos (2009) reiteram que esses profissionais, por vezes, apresentam uma insegurança e medo em relação a suas intervenções na perspectiva da clínica ampliada, desconsiderando que uma escuta atenta e o acolhimento da ESF também podem surtir efeitos significativos no cuidado ao usuário.

Dessa forma, destaca-se que, após a tentativa de compartilhamento do cuidado por parte da equipe NASF na cena, na qual foi dito ao técnico da importância de sua presença no manejo da crise, abrem-se novas possibilidades de vinculação com a usuária, bem como de escuta ao sofrimento psíquico.

A autora Rosana Onocko-Campos, em seu artigo “Settings Winnicottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira? (ONOCKO-CAMPOS, 2018), reitera que a presença de um *setting* confiável, principalmente em serviços públicos, nos quais escutamos diariamente histórias de sofrimento, violência e vulnerabilidade social, é essencial para proporcionar um cuidado à população brasileira nas políticas públicas. O artigo destaca a teoria do psicanalista Winnicott, que traz a importância de uma escuta terapêutica que proporcione uma real adaptação às necessidades dos pacientes, proporcionando uma presença que garanta a continuidade/sustentação do cuidado ao longo do tempo, principalmente em contextos nos quais ocorreu uma privação do cuidado e omissão da rede afetiva, como é o caso de Martha.

De fato, a cena relatada corrobora com a literatura descrita, na qual a presença afetada do profissional no cuidado permitiu a criação de um *setting* próprio da cena, o qual ultrapassa quaisquer intromissões externas tão comuns nos serviços públicos (salas barulhentas, burocracias da agenda, etc), possibilitando que Martha se acalmasse na presença do técnico de enfermagem (ONOCKO-CAMPOS, 2018).

Por outro lado, por mais que na cena a equipe NASF tenha apontado ao técnico outras possibilidades de cuidado, por vezes, percebe-se que em ambos os casos a equipe NASF ainda apresenta dificuldade em se colocar enquanto apoiador matricial, corroborando com o artigo de Figueiredo e Onocko-Campos (2009). Afinal, tanto no caso de Laércio, quanto no de Martha, inicialmente ocorrem atendimentos compartilhados apenas entre profissionais da própria equipe NASF (Assistente Social, Psicóloga e Fisioterapeuta) que, por vezes, aparentam realizar ações e discutir os casos de forma quase paralela às Equipes de Saúde da Família, “devolvendo” nas reuniões de equipe as intervenções realizadas apenas após o atendimento do “especialista”.

Diante disso, a abertura para um debate sobre determinadas temáticas, como por exemplo uma discussão sobre usuários “poliqueixosos” na perspectiva da clínica ampliada, ainda aparecem de forma tímida nas reuniões de equipe, reiterando uma prática em que os especialistas acabam por “tamponar” as dúvidas, angústias e estereótipos das equipes mediante o contato com o usuário, realizando atendimentos distanciados de outros membros da ESF.

Apesar dos desenlaces descritos entre a ESF e a equipe NASF nas cenas dos casos apresentados, alguns compartilhamentos e aberturas para um olhar clínico ampliado foram possíveis, como por meio de discussões nas reuniões e em conversas de “corredor” com profissionais da Equipe de Saúde da Família.

No caso de Laércio, a conversa com o médico possibilitou uma ampliação do olhar sobre o usuário, no qual foi conversado sobre o quanto a dor “orgânica” transpassa um tanto de seus sofrimentos e história de vida. A partir disso, por exemplo, o médico se questionou sobre o quanto as intervenções clínicas realizadas poderiam afetar psicologicamente o usuário diante da sua constituição subjetiva, bem como foi possível ampliar o cuidado em relação ao uso abusivo da medicação, que começou a ser pensado a partir da perspectiva da redução de danos, levando em conta a função desse uso na vida de Laércio.



Além disso, nas discussões em reunião de equipe com a nova médica de referência do usuário, destaca-se o olhar ampliado da médica em relação à “função que a dor apresenta na vida do usuário”, para além da perspectiva orgânica. Mediante o compartilhamento de caso, foi possível debater sobre estratégias de intervenção articuladas entre as equipes e que surtiram efeito na vida do usuário. De fato, a intervenção da ESF no caso foi essencial ao cuidado em saúde mental, possibilitando com que Laércio realizasse novos agenciamentos em sua vida para além da queixa da dor. O compartilhamento do cuidado e os efeitos da escuta da médica na vida do usuário corroboram com a literatura descrita neste trabalho, a qual reitera-se que “As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde” (BRASIL, 2013. p. 22)

No caso de Martha, inicialmente as discussões em equipe se restringiam a um olhar fragmentado do cuidado, na qual a queixa de “falta de ar” e “pernas bambas” eram associadas, ora ao aspecto exclusivamente medicamentoso, ora à uma intervenção apenas do psicólogo. Entretanto, mediante uma discussão por parte da equipe NASF, na qual procurou-se associar o sofrimento psíquico da usuária e as queixas orgânicas ao contexto social em que está inserida, a equipe se mobilizou para acionar a rede de saúde e a rede intersetorial (Assistência Social - CRAS e o Centro de Convivência).

A partir disso, foram realizadas visitas domiciliares (VD) compartilhadas a fim de cuidar da rede familiar frágil de Martha e da vulnerabilidade social de sua família. Apesar do NASF não ter participado de algumas VDs, percebe-se o quanto a articulação em rede realizada surtiu efeitos nos atendimentos psicológicos, evidenciando o quanto o sofrimento psíquico da usuária dizia de todo um contexto socioeconômico que exigia um olhar mais ampliado de cuidado. Além disso, foi possível religar a usuária a rede de proteção de acesso aos seus direitos, oportunidade muitas vezes desaproveitada pela ESF.

Mediante a literatura apresentada neste trabalho, foram descritas algumas formas de compartilhamento do cuidado entre a equipe NASF e a ESF, dentre elas foi evidenciado o Apoio Matricial e estratégias de criação de espaços coletivos de discussões e planejamento.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), dentre esses espaços coletivos, temos enquanto possibilidade a realização de atendimentos compartilhados, ações comuns nos territórios adscritos, bem como o uso de algumas ferramentas de cuidado como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no

Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

Dentro do dispositivo do Apoio Matricial, como já mencionado, temos a dimensão assistencial, que seria o atendimento direcionado diretamente à população, e uma dimensão técnico pedagógica, que envolve o ensino aprendizagem e espaços de educação permanente entre as equipes. É importante frisar que essas duas dimensões se entrecruzam e estão em constante modificação mediante a interação entre as equipes.

Diante dessas possibilidades, percebo que nas cenas descritas o Apoio Matricial se configurou enquanto um importante dispositivo de compartilhamento entre as equipes em questão, tanto mediante seu caráter assistencial (Atendimentos Compartilhados, Visitas domiciliares, ações no território etc), quanto mediante seu caráter técnico-pedagógico, que diz sobre a possibilidade de troca de saberes e de ensino-aprendizagem. Entendo que mesmo as “conversas de corredor” com o médico e com o técnico de enfermagem podem se configurar enquanto espaços importantes de troca e de ensino-aprendizagem, no qual o papel de cada profissional no cuidado foi ampliado e, por vezes, reposicionado na relação com o usuário.

Além disso, as discussões em reuniões de equipe também podem se configurar enquanto espaços de Apoio Matricial, já que foram espaços interprofissionais que buscaram uma tentativa de corresponsabilização (acionar a rede intersetorial, divisão de responsabilidades, intervenções possíveis, etc) e de ampliação do olhar das equipes sobre as possibilidades de cuidado.

Entretanto, percebe-se que algumas ferramentas descritas na cartilha enquanto estratégias possíveis de compartilhamento do cuidado não foram construídas nos casos em questão, como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e de Projetos de Saúde no Território (PST).

Além disso, é importante frisar que, mesmo diante da realização de espaços de Apoio Matricial e de possibilidades de compartilhamento, a todo momento, nas cenas apresentadas, algo do modelo hegemônico de cuidado ainda transpassa as práticas das equipes. Uma das estratégias essenciais para a articulação entre as equipes é a proposta da clínica ampliada, na qual apresenta-se uma concepção ampliada do processo saúde-doença e construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas de cuidado, entretanto, por vezes as intervenções realizadas nas cenas descritas ainda remontam um modelo fragmentado de cuidado.

Nos espaços de troca entre as equipes descritos, pouco aparece a possibilidade de pactuação do apoio ou mesmo espaços instituídos de formação e educação permanente em saúde. Diante disso, a utilização de algumas ferramentas de compartilhamento ainda se mostram frágeis nas cenas apresentadas, exigindo um maior investimento em espaços de educação permanente e de questionamentos sobre o processo de trabalho das equipes.

Além disso, por vezes, tais espaços de compartilhamento do cuidado não são devidamente institucionalizados e sustentados por parte da gestão, algo que diz um tanto da história de implementação da APS em Campinas e da fragilidade da sustentação desses espaços no município.

## **7. CONCLUSÃO**

Mediante o trabalho apresentado, foi possível se debruçar sobre a história de implementação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF) no município de Campinas, bem como foi descrito, por meio de um relato de experiência, casos clínicos que ilustram de que forma o compartilhamento do cuidado em saúde mental tem se configurado nas UBS em que estou alocada, no distrito Norte do município.

Diante das cenas institucionais apresentadas, fica claro que o compartilhamento do cuidado entre o NASF e a ESF é uma temática que apresenta diversas camadas e entraves.

Enquanto potencialidades, percebe-se que quando o compartilhamento entre as equipes foi possível, o cuidado em saúde mental dos usuários em questão se mostrou mais ampliado e condizente com a história de vida e necessidades desses sujeitos. A estratégia do Apoio Matricial em sua dimensão técnico pedagógica se mostrou presente entre as equipes apresentadas, proporcionando trocas interprofissionais e um cuidado mais resolutivo ao usuário. O compartilhamento entre equipes na dimensão assistencial do apoio também foi possível, mediante a realização de atendimentos compartilhados e articulações intersetoriais em conjunto.

Entretanto, mediante a literatura apresentada e em diálogo com as cenas institucionais, percebe-se alguns desafios para que ocorram estratégias de compartilhamento entre o NASF e a ESF na atenção primária. A constituição da atenção primária na história de Campinas, por exemplo, apresenta algumas particularidades que influem diretamente no compartilhamento

das equipes, principalmente considerando a falta de apoio e a falta de uma diretriz municipal durante os anos de constituição da APS. Tal particularidade interfere diretamente no cuidado à saúde mental dos usuários, implicando, por exemplo, na alta rotatividade dos profissionais no município, na subutilização das profissionais ACSs e em resistências diante da reconfiguração do modelo hegemônico da atenção.

Nesse sentido, as Equipes de Saúde da Família ainda apresentam dificuldades em pautar suas práticas na clínica ampliada, que produz estratégias baseadas em tecnologias leves do cuidado e que atravessem toda a trajetória e história de vida desses sujeitos, incluindo suas fragilidades, vulnerabilidades, sua rede familiar e social.

Além disso, foi possível perceber que os entraves e desafios do compartilhamento do cuidado também perpassam as práticas da equipe NASF, que ainda reproduz uma hierarquização dos saberes de núcleo, realizando algumas ações apenas entre os próprios profissionais da equipe NASF ou de forma paralela ao trabalho da equipe de saúde da família, corroborando para a perpetuação dos encaminhamentos burocratizados, sem construção conjunta, bem como para a falta de autonomia e de espaços de reflexão das ESF em relação à clínica em saúde mental.

Diante do cenário retratado, torna-se necessário elucidar estratégias possíveis para um compartilhamento do cuidado em saúde mental mais resolutivo e integral na APS.

O fortalecimento do vínculo entre a ESF e o NASF por meio da escuta e da criação de espaços de suporte para os profissionais das equipes é essencial, uma vez que uma das dificuldades apresentadas no cuidado é justamente a lida com o intenso sofrimento e vulnerabilidade da população assistida, algo que acaba por produzir uma angústia e uma sensação de impotência dos profissionais diante das demandas apresentadas, gerando um afastamento do cuidado em saúde mental.

Dessa forma, espaços de trocas e de apoio mútuo entre as equipes torna-se importante para a criação de um vínculo interprofissional, inclusive enquanto espaço potencial de construção conjunta do cuidado ao usuário (BRASIL, 2010).

Além disso, o suporte institucional por parte da gestão, tanto de espaços de pactuação do Apoio Matricial, quanto de discussões sobre o processo de trabalho interprofissional, torna-se essencial, algo que também desemboca na valorização de espaços de educação permanente em saúde, nos quais podem ser incluídos materiais educativos e temas

demandados por ambas as equipes, como, por exemplo, “a construção conjunta do PTS no cuidado em saúde mental”, uma temática pouco abordada nas reuniões e discussões ilustradas.

O suporte institucional é importante, nesse sentido, para agenciar uma valorização dos espaços de atendimentos compartilhados e de discussão entre as equipes, em detrimento da burocratização dos procedimentos e do cumprimento de agenda por parte dos profissionais, tão comum no dia-a-dia das equipes (BRASIL, 2010).

A estimulação de ações conjuntas entre as equipes de saúde e a rede de apoio social do território, ampliando o vínculo com a comunidade atendida, também é importante. Dessa forma, as equipes podem trabalhar de forma interprofissional, realizando um diagnóstico da situação de saúde mental daquele território e identificando, tanto as potencialidades daquela comunidade, quanto elaborando critérios de classificação de risco dessa população, mediante suas fragilidades e vulnerabilidades.

Nesse sentido, trabalha-se com a perspectiva de valorização das estratégias da própria comunidade para a construção de espaços de reabilitação psicossocial no território, como grupos de auto-ajuda, grupos de fuxicos, apoio mútuo, geração de renda, promoção à saúde, dentre outros (BRASIL, 2010).

Além disso, para que novas estratégias de compartilhamento e de melhoria do cuidado em saúde mental ocorram, é essencial o fomento de discussões e deliberações a nível municipal, nas conferências de saúde e nos conselhos locais de saúde, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto por parte da população e da gestão local, para que essas estratégias de compartilhamento do cuidado ocorram de forma conjunta com a comunidade e pactuada entre diversos atores sociais.

Conclui-se que a temática do compartilhamento do cuidado entre o NASF e a ESF na APS é de vital importância, uma vez que reitera o referencial da clínica ampliada e do trabalho interprofissional, alinhados à reforma psiquiátrica brasileira.

O compartilhamento e o trabalho interprofissional na APS proporcionam um cuidado em saúde mental próximo da população e de seu território, principalmente considerando que atenção primária é parte essencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ponto estratégico no cuidado a pessoas acometidas por algum transtorno mental, enquanto porta de entrada e articuladora da rede de saúde.

Dessa forma, mediante estratégias de articulação entre as equipes, é possível promover um conjunto de ações de promoção, prevenção de agravos, reabilitação, redução de danos e

manutenção da saúde, tão caras ao cuidado em saúde na APS, que, associadas ao olhar da clínica ampliada, também possam englobar um cuidado em saúde mental mais resolutivo e equânime (BRASIL, 2012).

## **8. REFERÊNCIAS:**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRIGAGÃO, J. I. M.; OLIVEIRA, F. M. de. **O Programa Paidéia de Saúde da Família uma nova perspectiva no campo da produção da saúde.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 10, n. 47, 2005

CAMPOS, G. W. DE S.. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C.. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. DE S. et Al. **Investigação Sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS.** São Paulo, Ed Hucitec, 2017.

FIGUEIREDO, M. D. CAMPOS, R. O.. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 129–138, jan. 2009.

MARQUES, D. **A trajetória do programa saúde da família em Campinas e a contribuição da enfermagem.** São Paulo: Campinas, 2003.

MUSSI, R. F. DE F ; FLORES, F. F. ; ALMEIDA, C. DE B. **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico.** Práx. Educ Vitória da Conquista , v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021 .

NASCIMENTO, E. P. L ; CORREA, C. R. S. ; NOZAWA, M. R . **O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde.** Revista de Ciências Médicas (PUCCAMP) , v. 16, p. 161-174, 2007

ONOCKO-CAMPOS, R.. **Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, p. 1091–1098, out. 2018.

GAMA, C. A. P. DA .; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.. **Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 17, n. 1, p. 69–84, mar. 2014.