

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA-UFSM  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO  
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Andressa Oliveira da Silva Lopes**

**A ATUAÇÃO DO NASF-AB NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL:  
UMA NARRATIVA REFLEXIVA DAS VIVÊNCIAS EM UMA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Santa Maria, RS  
2021

**Andressa Oliveira da Silva**

**A ATUAÇÃO DO NASF-AB NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA  
NARRATIVA REFLEXIVA DAS VIVÊNCIAS EM UMA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof. Dr. Vania M. Fighera Olivo  
Coorientadora: Pâmela Kurtz César

Santa Maria, RS  
2021

**Andressa Oliveira da Silva Lopes**

**A ATUAÇÃO DO NASF-AB NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA  
NARRATIVA REFLEXIVA DAS VIVÊNCIAS EM UMA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**.

**Aprovado em 29 de janeiro de 2021:**

---

**Vania M. Fighera Olivo. Dr.<sup>a</sup> (UFSM- Orientadora/Presidente)**

---

**Pâmela Kurtz César. Mes. (SMS- Coorientadora)**

---

**Zelir T. Valvassori Bittencourt.Esp. (SMS)**

---

**Daniela Pires Santos. Mes. (SMS)**

Santa Maria, RS

2021

# **A ATUAÇÃO DO NASF-AB NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA NARRATIVA REFLEXIVA DAS VIVÊNCIAS EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

AUTORA: Andressa Oliveira da Silva Lopes

ORIENTADORA: Vania M. Fighera Olivo

COORIENTADORA: Pâmela Kurtz César

## **RESUMO:**

Este estudo teve como objetivo narrar estratégias de intervenções assistenciais para clínica ampliada na APS, viabilizadas por uma equipe de NASF-AB, considerando as demandas da saúde mental no território de abrangência das equipes de Saúde da Família. Como método, utilizou-se a narrativa das vivências experiência das durante o processo de residência multiprofissional. Para melhor compreensão se fez necessário descrever o contexto que balizou, tais vivências, realizando um trabalho direcionado a partir dos Princípios e Diretrizes do SUS. O programa de residência multiprofissional da UFSM implantado em 2010, tem como diretriz pedagógica a formação de profissionais com competência para atuação no SUS, qualificando-os no trabalho interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Construindo uma lógica de integração entres as diversas categorias profissionais que compõe o programa de residência. O NASF-AB apresenta-se como campo potente de formação a medida que trabalha na lógica territorial e comunitária desvelando as mais diversas demandas também na saúde mental. Assim este estudo foi construído com intuito de fortalecer as ações realizadas pelas profissionais que compõe o NASF-AB Santa Maria, bem como vislumbrar estratégias de cuidado compartilhado, ações de promoção e prevenção em saúde e em saúde mental e a utilização de recursos como o projeto terapêutico singular. Conclui-se que entre os principais desafios do NASF na relação saúde mental-atenção primária, há: 1) efetivação da rede de atenção psicossocial; 2) qualificação dos profissionais das estratégias de saúde da família para atuação nas demandas; e 3) Apoio dos gestores e serviços especializados nas ações realizadas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Primária em Saúde. Núcleo Ampliado em Saúde da Família.

**NASF-AB'S PERFORMANCE IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: A  
REFLECTIVE NARRATIVE OF EXPERIENCES IN A MULTIPROFISSIONAL  
RESIDENCE**

AUTHOR: Andressa Oliveira da Silva Lopes  
ADVISOR: Vania M. Fighera Olivo  
CO- ADVISOR: Pâmela Kurtz Cézar

*ABSTRACT*

This study aimed to narrate assistance intervention strategies for expanded clinic in PHC, made possible by a NASF-AB team, considering the demands of mental health in the territory covered by the Family Health teams. As a method, we used the narrative of the experiences experienced during the multiprofessional residency process. For a better understanding, it was necessary to describe the context that guided it, such experiences, carrying out a work guided by the SUS Principles and Guidelines. The multiprofessional residency program of UFMSM implemented in 2010, has as pedagogical guideline the training of professionals with competence to work in SUS, qualifying them in interdisciplinary, intersectoral and interinstitutional work. Building a logic of integration between the various professional categories that make up the residency program. NASF-AB presents itself as a powerful training field as it works in territorial and community logic, unveiling the most diverse demands also in mental health. Thus, this study was built in order to strengthen the actions performed by the professionals who make up the NASF-AB Santa Maria as well as to envision shared care strategies, health and mental health promotion and prevention actions and the use of resources such as the therapeutic project. It is concluded that among the main challenges of the NASF in the mental health-primary care relationship, there are: 1) effective psychosocial care network; 2) qualification of the professionals of the family health teams to act on the demands; and 3) Support from managers and specialized services in the actions that are carried out.

**Keywords:** Mental health. Primary Health Care. Extended Nucleus in Family Health.

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo, na modalidade de uma narrativa reflexiva, apresenta algumas experiências de clínica ampliada em saúde mental, vivenciadas enquanto profissional em formação no Programa de Residência Multiprofissional, tendo como referência, a atuação em um Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Considerando a recente expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) e os processos de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização em saúde mental, é importante destacar que falar de saúde mental no NASF-AB ou na APS, não está relacionado somente ao suporte que este núcleo oferece na atenção aos casos mais graves ou às demandas referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ou situações afins ao campo do sofrimento psíquico. É sobretudo, significar o potencial estratégico de atuação das equipes do NASF-AB junto às Estratégias de Saúde da Família (ESF), para suporte às demandas de saúde mental diretamente nos territórios. Isto se deve ao fato de que o NASF-AB, constitui-se como um serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro 2011 e apresenta-se como meio efetivo de viabilizar um cuidado ampliado e integral aos usuários em sofrimento psíquico, diretamente no seu contexto vivido da APS.

Ou seja, a ampliação desse cuidado em saúde mental na APS, via NASF-AB é consequente ao fato de que esse núcleo é constituído por profissionais da saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e no cuidado compartilhado junto às seis equipes de ESF, nas quais o NASF-AB está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento psíquico e às demandas relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004).

Entretanto, apesar de toda a relevância que envolve a atuação das equipes do NASF-AB nos territórios, este processo é interrompido como política nacional, em decorrência à Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, a partir de janeiro de 2020. A contar deste ano o Ministério da Saúde passa a não realizar mais o credenciamento de equipes de NASF-AB, ficando ao município a responsabilidade do financiamento destas equipes. Segundo a Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, compreendendo que o novo financiamento da APS é focado na pessoa assistida, o Ministério da Saúde parte do

pressuposto de que nenhum componente deste novo modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe, pelo contrário, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes.

Analisando criticamente esta nova lógica orientadora das políticas públicas na APS, emergem alguns questionamentos impulsionadores deste relato: os municípios irão conseguir manter financiamento das equipes de NASF-AB ou criar novas equipes a fim de garantir a continuidade deste modelo de atuação? É possível garantir uma atenção integral na APS, com destaque à saúde mental, sem a participação garantida destes outros núcleos profissionais atuando de modo interdisciplinar e interprofissional? Qual o significado de financiamento focado na pessoa assistida, proposto pelo MS, e como tal, nenhum componente deste novo modelo é exclusivo de determinado profissional?

Frente a tais questionamentos, que refletem um contexto de transformações e impacto na Rede Pública de Atenção Psicossocial, é importante destacar a caminhada histórica, ao longo das últimas décadas, em torno do modo de atuação do NASF-AB e suas estratégias de apoio matricial, resultado das transformações e reivindicações a respeito dos modos e possibilidades de gestão da clínica ampliada. É possível inferir que tais prerrogativas emergiram a partir da reforma psiquiátrica na década de 70, antes da constituição de 1988 e da Lei 8.8080/90, que a regulamentou. Neste contexto já eram sinalizadas novas formas de cuidado em saúde mental que pressupunham novas formas de olhar, compreender e assistir os usuários acometidos sofrimento psíquico para além dos isolamentos manicomial. Mas é com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80 que a reforma nos modelos de atenção e de gestão em saúde começam a ser instituídos. Estes seguem um alinhamento às Diretrizes orientadoras das novas políticas de saúde transversais, que emergiram nas próximas décadas, com destaque à Política Nacional de Humanização, Política de Educação Permanente e Política de Saúde Mental. Tais políticas, balizadoras dos processos de formação-gestão-atenção ampliados, representam um marco histórico da desinstitucionalização da saúde mental, com atendimento diretamente no seu território vivido, seja nos CAPS vinculados aos territórios, nas suas unidades de referência ou pela equipe de profissionais do NASF-AB.

E é justamente neste contexto desafiador de atuação do NASF-AB, que Programas de Residência Multiprofissional assumem a responsabilidade de inserirem-se nesses processos ampliados de atenção e de gestão da clínica, a fim de formar profissionais preparados para atuarem na qualificação e garantia de fortalecimento desses

serviços. Entretanto, considerando o contexto atual, acima descrito, que sinaliza possibilidades de desmonte dos NASF-AB (o não credenciamento de novas e equipes e a manutenção das já existentes como responsabilidade apenas dos município) e consequente, não priorização da formação interdisciplinar para a APS.

Assim, esta narrativa justifica-se pela necessidade de descrever, refletir e registrar os significados produzidos durante as vivências de uma residente de Serviço Social, vinculada a um Programa de Residência Multiprofissional Integrada, com ênfase em Saúde Mental, que teve suas práticas desenvolvidas junto a uma equipe do NASF-AB, localizado numa cidade do interior do RS, de modo a tornar evidente a potencialidade destes modelos de atuação que envolve a mobilização e ativação dessas equipes multiprofissionais de referência nos territórios.

Deste modo, este artigo tem como objetivo narrar, estratégias de intervenções assistenciais para clínica ampliada na APS, viabilizadas por uma equipe de NASF-AB, considerando as demandas da saúde mental no território de abrangência das equipes de Saúde da Família.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo tem como base orientadora, os pressupostos de uma narrativa reflexiva, que deve ser entendida como uma forma de compreender a experiência humana. Trata-se de um estudo de histórias vividas e contadas, pois “uma verdadeira pesquisa narrativa é um processo dinâmico de viver e contar histórias, e reviver e recontar histórias, não somente aquelas que os participantes contam, mas aquelas também dos pesquisadores” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p.18). Segundo esses autores, as pessoas vivem histórias e no contar dessas histórias se reafirmam. Modificam-se e criam novas histórias. “As histórias vividas e contadas educam a nós mesmos e aos outros, incluindo os jovens e os recém pesquisadores em suas comunidades” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p. 27).

Diferentes textos de campo podem ser utilizados na metodologia de pesquisa narrativa, tais como escrita autobiográfica, escrita de diários, notas de documento, fotografias, caixa de memórias, histórias de vida. Clandinin e Connelly (2011) demonstram preocupação em não propor um conjunto fechado de tipos de texto de campo, pois, segundo os autores, a complexidade das paisagens investigadas requer do



pesquisador a criatividade para, se necessário, criar novas formas de composição de textos.

Assim sendo, este estudo será exposto a partir de uma narrativa, organizada em unidades de significado, considerando a perspectiva de uma abordagem qualitativa de análise de conteúdo (MOREIRA, SIMÕES e PORTO, 2005). Sendo assim, tais unidades abordarão as vivências que mais produziram significado para a autora desse estudo, ao vivenciar um processo de qualificação profissional durante a residência multiprofissional em saúde mental, de março de 2018 à março de 2020, tendo como campo de prática e referência uma equipe de NASF-AB, inserida no contexto descrito na unidade a seguir.

### **3 BREVE DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DA VIVÊNCIA**

O cenário balizador dessa Narrativa foi no NASF-AB de Santa Maria. A cidade, caracteriza-se por ser um município de médio porte (280. 505 habitantes/2018), localizado no interior do Rio Grande do Sul, considerado de grande influência na região central do estado. A implantação do NASF-AB em Santa Maria/RS foi prevista no Plano Municipal de Saúde 2013-2017. Em Novembro de 2014, a Resolução CIB/RS no 702, aprovou o credenciamento do NASF-AB tipo 1. Em Julho de 2017, a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.742 credenciou o município a receber incentivos financeiros referente ao NASF-AB. Em janeiro de 2018 a equipe do NASF-AB foi credenciada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Os profissionais que compõem a equipe do NASF-AB Santa Maria, são servidores públicos do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde, dos núcleos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social. Destaca-se que a Saúde da Família é a estratégia prioritária, proposta pelo Ministério da Saúde, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O NASF-AB tem se consolidado como o principal instrumento para implementação da tecnologia do Apoio Matricial, principalmente com intuito de fortalecer a APS. Essa ferramenta tem a finalidade de apoiar, capacitar e ampliar a abrangência e o escopo das ações, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização. Assim, o NASF-AB, auxilia no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos, quanto sanitários.

Cabe ressaltar ainda que o NASF-AB compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo um importante articulador dessa rede no território através de ações que visam trabalhar a promoção e prevenção de agravos relacionados à saúde mental como também no tensionamento dos serviços para construir um cuidado compartilhado e longitudinal aos usuários e seus familiares.

#### **4 NARRANDO A VIVÊNCIA: UM OLHAR REFLEXIVO ACERCA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO.**

Nesta unidade são apresentadas e discutidas as vivências que mais produziram sentido ao processo de formação na residência, as quais foram alinhadas a partir de três unidades de significado: Projeto Terapêutico Singular: uma estratégia em saúde mental; Cuidado Compartilhado e Intersetorial: a efetivação da RAPS; Saúde Mental no Território: a potência do trabalho com grupos.

##### **4.1 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA ESTRATÉGIA NA SAÚDE MENTAL**

Com a finalidade de promover o acompanhamento humanizado de todos os usuários criou-se um instrumento de estruturação e organização do cuidado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que surge como estratégia de destituir as formas de cuidado em saúde voltadas principalmente ao modelo biomédico, oferecendo uma proposta de olhar o sujeito de maneira ampliada e humanizada (BRASIL, 2008; FERREIRA, 2014).

O PTS integra o campo da saúde como um todo, no entanto a saúde mental é a primeira área a apostar e se interessar pelo PTS como objeto de trabalho. Quando resolvemos fazer o PTS para usuários acompanhados, o intuito era a valorização dos outros aspectos de vida do sujeito em seu plano de cuidado, não considerando apenas seu diagnóstico psiquiátrico, medicação ou fatores orgânicos de saúde, como é preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Considerando a relevância dessa ferramenta, reconhecida durante o tempo de vivência, quando nos deparávamos com casos complexos que necessitavam de diversas intervenções, desenvolvíamos o PTS. O reconhecimento do valor desse instrumento teve como foco a produção de autonomia e protagonismo do usuário em todas as suas etapas, identificando também a família e a comunidade como essenciais nesse processo de cuidado. Cabe ressaltar que família é considerada nesse estudo, como toda unidade social e complexa formada por suas dinâmicas e singularidades, levando em conta não apenas

o conjunto de pessoas, mas as ligações e relações estabelecidas por essas (BORBA et al, 2011).

Nesse sentido, partindo desses pressupostos, torna-se relevante narrar uma das experiências de PTS que realizamos enquanto equipe de NASF-AB, momentos em que conseguimos perceber avanços significativos não apenas para a usuária, mas também para a família. Tratava-se de uma Usuária de aproximadamente 24 anos, recém liberada de internação hospitalar psiquiátrica com 4 meses de duração. Além das questões clínicas, haviam questões sociais e familiares que perpassavam o cotidiano dessa usuária (vulnerabilidade, constantes violências físicas e sexuais, fome, higiene deficiente, a residência estava infestada de ratos e com muitas goteiras, havia também muito lixo acumulado dentro e fora da residência). A mãe, muito desorganizada, fazia uso de álcool de forma constante e apresentava algumas limitações cognitivas. E para agravar o contexto familiar, o irmão que também residia na casa, fazia uso abusivo de álcool, contribuindo para o histórico de várias tentativas de institucionalização da usuária, todas, porém negadas pelo ministério público. Como consequência, as internações hospitalares eram frequentes nos momentos de agravamento das crises. E foi num desses momentos, quando estava para dar alta do hospital, que a equipe do NASF-AB foi contatada para discutir o caso juntamente com a ESF. Imersos nesse contexto do valor de um trabalho integrado em rede após a alta hospitalar, começamos a acompanhar a usuária e sua família no domicílio e propomos a construção de um PTS.

É sabido que o PTS permite que a equipe multidisciplinar execute e planeje a clínica do cuidado em conjunto com os usuários e seus familiares, explorando as trocas de diferentes saberes, atores envolvidos, a fim de atingir as necessidades de cada usuário, o que também acarreta um modo de corresponsabilidade do sujeito no seu tratamento. (BRASIL, 2008). A partir dessa orientação teórica, construímos com a família e a usuária todas as etapas do seu Projeto Terapêutico Singular, demandando muitas pactuações entre familiares, rede de apoio na comunidade, ESF e NASF-AB. Por vezes tivemos que acionar outros serviços para nos apoiarem na integralidade e no compartilhamento desse cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades. Também a viabilização do PTS exigiu acionar outros órgãos ou unidades de gestão públicos como Delegacias da Mulher e do Idoso, Fórum, HUSM, Hospital Casa de Saúde, Farmácia Municipal, CRAS e Coordenação da Atenção Psicossocial.

Podendo citar como intervenções desses serviços junto ao NASF-AB: Discussões do caso, visitas/atendimentos domiciliares conjuntos, intervenções clínicas,

acompanhamento terapêutico e assistência farmacêutica. A equipe de NASF-AB coube ainda o acompanhamento da usuária para a confecção de documentação, acionar habitação e a vigilância do município a fim de prestar ajuda nas questões referentes a residência e ao acúmulo de lixo, acionar a rede de proteção familiar (conseguimos contatar com uma irmã da usuária), participamos de diversas Interconsultas na ESF, promovemos a cidadania e o protagonismo através da inclusão dessa usuária e familiares em diversos espaços de promoção e prevenção de saúde, acompanhamento terapêutico, organização do cotidiano (nos primeiros meses acompanhamos a usuária 2 vezes por semana no domicílio, inserimos ela e seu irmão em grupo de convivência semanal na comunidade promovido pela ESF e NASF-AB).

Foram várias as linhas de cuidado e pautações feitas com a usuária e sua família. Após certo tempo conseguimos que a própria usuária fosse até a farmácia municipal e retirasse as medicações que necessitava para dar andamento ao seu tratamento, o que antes era feito pela eSF.

Vivenciar esse processo, que envolve a relevância de uma equipe de saúde, contribuir para um usuário resignificar seu modo de viver, foi um marco na minha formação profissional. Ou seja, ficou internalizado as imagens dessa usuária circulando na comunidade de maneira mais viva, estabelecendo uma relação de vínculo muito forte junto às eSF e NASF-AB. Esse movimento de transição de quem não aceitava visitas domiciliares e dialogava pouco, para uma abertura de novos significados foi marcante e merecedor de ser narrado em detalhes nesse estudo. Após a implementação do PTS ela passou a ter desejos, fazer planos, sendo possível perceber uma melhora significativa na autoestima, quando começa a fazer artesanato, cuidar da casa e da sua saúde. Percebe-se que, ela passou a sentir-se cuidada pelos profissionais que a acompanharam, e isso só foi possível por meio de um cuidado com foco na corresponsabilidade e protagonismo de todos os envolvidos. Ou seja, é possível afirmar que esse cuidado só se tornou possível pela atuação interdisciplinar diretamente no território vivido pela equipe de NASF-AB e ESF, considerando as possibilidades e os desejos dessa usuária.

Assim, através da construção do PTS, evidenciou-se os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, mostrando a importância do trabalho em rede e como o NASF-AB trabalhando na articulação dessa rede (de forma intersetorial e a partir de linhas de cuidado), mostra-se uma potência no cuidado em saúde mental no território. O apoio matricial proposto pelo NASF-AB, possibilita a ampliação do olhar sobre o processo de saúde, tirando o foco da doença, aumentando a capacidade de cuidado.

#### 4.2 CUIDADO COMPARTILHADO E INTERSETORIAL: A EFETIVAÇÃO DA RAPS.

A PNH tem procurado consolidar as Redes de Atenção à Saúde Mental pautadas nos princípios da intersetorialidade e integralidade do cuidado. Aliado a esse desafio, a intersetorialidade, enquanto princípio operacional do SUS, assume um papel relevante na articulação entre os serviços de saúde e a sociedade, viabilizando o princípio doutrinário do SUS: a integralidade da atenção. É o caminho para a conquista do direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde ações assistenciais até atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, vivenciar o significado do compartilhamento do cuidado, pautado nesses dois princípios, permitiu compreendê-los como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Esse modelo possibilita também a integração dos diferentes saberes e assim transcender a assistência para além das doenças. Deste modo, os profissionais e instituições possuem um papel fundamental na construção de serviços que permitam o desenvolvimento do cuidado compartilhado (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, destaca-se a importância de narrar etapas e especificidades do processo vivenciado em torno do cuidado compartilhado, experienciado desde o início da inserção das residentes em saúde mental na equipe do NASF-AB.

Primeiramente, como estratégia de se pensar o cuidado compartilhado entre atenção especializada e atenção primária, realizamos o mapeamento dos usuários que estavam em atendimento no CAPSi e no CAPS Prado Veppo e que eram vinculados aos territórios das ESF vinculadas ao NASF-AB. Após o mapeamento, conseguimos mobilizar as equipes para busca ativa dos usuários no território, realizando ainda visitas domiciliares conjuntas, acompanhamento terapêutico, discussões de caso, participação em reuniões de equipe e inserção dos usuários nos grupos na atenção primária, o que nos possibilitou desvelar diversas demandas.

O cuidado compartilhado também nos proporcionou o fortalecimento dos vínculos profissional/usuário, reafirmando a orientação da PNH sobre a produção de vínculo: “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de Corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). Assim, a vivência no NASF-AB permitiu, valorizar

a importância da produção de vínculo entre equipe e usuário, compreendendo-o como condicionante para a efetivação do trabalho a ser realizado, uma vez que este se apresenta como viabilizador da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado. (BRASIL, 2012).

Entretanto, outro elemento importante vivenciado enquanto residente, foi poder estar nos dois níveis de atenção (APS e CAPS), ao longo do tempo do processo de formação. Essa característica da proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM/RS – longitudinalidade e permanência nos mesmos campos, trouxe maior facilidade para o compartilhamento do cuidado, pois estando no território e avaliando a necessidade do outro nível de atenção, foi possível fazer os tensionamento e encaminhamentos para a vinculação dos usuários nos serviços especializados, proporcionando um cuidado integral.

Deste modo o entendimento vivenciado sobre cuidado compartilhado proposto pela equipe vai muito mais além dos atendimentos individuais, pois as atividades que compõe a gestão do cuidado, ocorreram através do contato, articulação e tensionamento com a rede intersetorial, envolvendo reuniões de equipe, reuniões interssetoriais, no interior dos serviços, no domicílio e em espaços existentes no território.

Cabe destacar, que o NASF-AB Santa Maria compõe o Fórum Permanente de Saúde Mental da região central e acompanha as reuniões mensais de Rede, proposta pelo núcleo de Serviço Social do CAPSi. Estas estratégias, tem o intuito de promover o contato com os vários serviços, que formam a rede de saúde da cidade, alinhando o cuidado compartilhado e intersetorial. Em relação a essa perspectiva territorial, destaca-se aqui a produção de sentido do cuidado compartilhado em espaços coletivos da comunidade, como a realização da I Feira de Saúde Mental, que ocorreu no dia 10 de setembro de 2019 no centro de economia solidária integrando a temática da prevenção do suicídio, alusiva ao setembro amarelo (mês de promoção da vida e prevenção ao suicídio).

A ideia de utilizar o espaço da feira proposta pelo NASF-AB e demais serviços foi aproximar, por meio do compartilhamento de vivências, profissionais, usuários, familiares e comunidade. Foram realizadas mostra de trabalhos manuais e artesanais produzidos nos grupos, exposição de oficina trabalho e renda, exposição de oficina de contos, apresentação de poesias, rodas de conversa, espaços de escuta e convivência, oferta de Práticas Integrativas e Complementares, entre outras apresentações artísticas e culturais. Participaram desta feira usuários e profissionais vinculados a diversas equipes, como Fórum Permanente de Saúde Mental da Região Central, Atenção Primária à Saúde

por meio dos grupos de saúde e convivência, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), CVV, LAPICS, AFAB, Escolas Estaduais e Municipais, AFAB, Espaço Nise da Silveira, 4CRS.

Vivenciar a concretização dos objetivos da Feira de Saúde Mental foi muito significativo pois teve como finalidade, fortalecer o nível de informação da comunidade através do compartilhamento de ações referentes a saúde e promoção da vida, orientando a população sobre as práticas em saúde mental. Destaca-se que as trocas entre os participantes foram potentes e produtoras de vida, os usuários sentiram-se protagonistas ao compartilhar suas vivências e fazeres. Mas o mais importante foi ver o encontro dos sujeitos que compõem a RAPS e as trocas que se deram entre profissionais, usuários e comunidade, possibilitando a descoberta do quão potente são os espaços onde estão inseridos e o quanto de saúde são produzidos.

Assim, é possível inferir que essa estratégia coletiva de viabilizar o cuidado compartilhado, oportunizou também que os serviços de saúde se olhassem enquanto rede, com os diferentes níveis de atenção trabalhando de forma horizontal e integrada, trocando informações e responsabilidades. Chiaverini (2011, p. 203) refere que “trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade”. E para que isso aconteça os pontos da rede devem estar conectados.

Assim, essa vivência permitiu comprovar que reinventar estratégias de inclusão individuais, familiares e coletivas junto às equipes e serviços através do cuidado compartilhado e intersetorial, possibilita promover atenção à saúde de maneira mais integral e plural, considerando o contexto de vida, as possibilidades e a realidade dos usuários envolvidos. Ao utilizar de estratégias e dispositivos existentes, oportuniza-se e fomenta-se a autonomia e a corresponsabilização entre serviços, profissionais, usuários, família e comunidade.

#### 4.3 SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: A POTÊNCIA DO TRABALHO COM GRUPOS

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos de doenças relacionadas a saúde mental se destacam dentre as que precisam estar integradas ao processo de trabalho das equipes na APS. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promoção de Saúde consiste num conjunto de estratégias desenvolvidas com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados

aos seus determinantes e condicionantes, como por exemplo, os modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, saneamento, acesso a bens e serviços essenciais. Envolve ainda estratégias complexas, que buscam interferir na organização social, econômica e cultural, onde estão as raízes mais profundas das vulnerabilidades e riscos à saúde e a saúde mental.

Partindo de tais premissas, se faz necessário então que os profissionais que atuam na APS e os gestores do SUS reconheçam as necessidades em saúde mental da população e trabalhem os possíveis aspectos promotores no território. Desta maneira, cabe as equipes dos NASFs-AB prestar auxílio a partir das ações de promoção de saúde, pautadas principalmente nas necessidades e demandas singulares do território de atuação das equipes de cada ESF. Ou seja, além de trabalhar na prevenção dos agravos e doenças de relevância para a política de saúde mental, o NASF-AB tem como objeto de sua função, fazer suas intervenções contextualizando com a realidade social e local dos indivíduos através dos grupos de convivência realizados sempre no território em espaços abertos e comunitários.

Considerando tais prerrogativas, uma das iniciativas de promoção à saúde mobilizada pelo NASF-AB em que estava atuando, foi o resgate de um *grupo de convivência* da comunidade que estava inativo. Esta iniciativa ocorreu a partir de 2018, juntamente com os profissionais da ESF de referência e teve como objetivo de estimular ações relacionadas a saúde dos usuários, através de práticas corporais e incremento das habilidades, autocuidado, promoção e prevenção de agravos à saúde e a saúde mental e paralelamente propiciar um espaço de socialização, trocas e convivência entre profissionais, usuários e seus familiares. Dentre as atividades que eram realizadas podemos destacar exercícios corporais, as dinâmicas que trabalhavam desde o auto cuidado até os agravos mais severos em saúde mental. Através da ludicidade foi possível trabalhar até assuntos que ainda hoje são tratados na forma de “tabu” pela sociedade tal como o suicídio.

Acompanhar essa vivência, permitiu entender que os momentos em grupo tornam-se espaços de escuta, promoção de saúde e construção de vínculos, pois os usuários relatavam sentirem-se acolhidos, ao mesmo tempo que compreendiam melhor a necessidade de adoção de hábitos de vida mais saudáveis, bem como a importância de tornarem-se responsáveis no seu cuidado em saúde. Além disso foi possível notar, a melhora no desenvolvimento das capacidades físicas e mentais de vários usuários. Cabe ressaltar também, que este grupo em meados de 2019, através do cuidado compartilhado,



tornou-se ponto de referência para um usuário que frequentava o serviço de CAPS há 20 anos.

É importante destacar que todo esse avanço na instituição de grupos de promoção de saúde, tem como eixo de sustentação a relação constituída entre NASF, CAPS, ESF e território, pois uma atuação integrada favorece a identificação imediata dos inúmeros benefícios que acarreta para a saúde dos usuários e comunidade em geral. Para usuários advindos dos serviços de CAPS, a retomada do convívio social e comunitário é um dos principais benefícios, após serem inseridos em espaços de fala, de escuta e de convivência, “desemcapsulamento” que nada mais é do que a volta para seu território de origem, o que é de extrema urgência e importância principalmente nos casos de usuários estabilizados a mais de dez anos.

Deve-se considerar, entretanto, que o trabalho em grupo na comunidade ou no território não é o único espaço com potencialidade para fomentar práticas de prevenção e promoção em saúde mental pois essas devem ser transversais em qualquer nível de atenção da rede, como na clínica especializada ou hospitalar. Ressalta-se ainda que os grupos consistindo em instrumentos de intervenção coletiva e interdisciplinar, tem a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus integrantes (SANTOS et al, 2010). Compreendem, também, um espaço privilegiado para a construção da rede de atenção, efetivando a participação popular e promovendo a educação em saúde (COMBINATO et al, 2010).

Esta vivência formativa revelou a potência do trabalho em grupo realizado pela equipe do NASF-AB, que em conjunto com as equipes de ESF consegue agregar atividades que oportunizem espaços de fala, escuta e trocas de experiência sobre as mais diversas demandas. Isso foi identificado quando tais equipes externalizavam o quanto o trabalho com grupo proporciona um olhar mais ampliado do cuidado em saúde principalmente no território onde os usuários estão inseridos, aproximando o profissional da realidade vivida pelos usuários cotidianamente.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção deste estudo possibilitou avaliar a trajetória do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-SB) reafirmando sua importância no território e o no trabalho em saúde mental, o que muitas vezes requer construções e desconstruções. O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da UFSM, proporcionou autonomia para o exercício das diversas funções, especificamente das

atribuições no campo da Saúde Mental. O serviço constitui-se em um espaço privilegiado para a efetivação de um exercício profissional baseado na responsabilidade social, possibilitando o conhecimento de múltiplas informações sobre o território, as condições de vida familiar, escolar e social da população e contribuiu no aprimoramento das habilidades de aprender e compartilhar saberes, características imprescindíveis para o trabalho em equipe, tão importantes para a saúde pública.

Assim, a partir de tais vivências enquanto residente, sustentadas por um importante processo pedagógico de integração ensino-serviço, percebe-se a importância do trabalho na APS reinventando práticas, situando-se no momento histórico, considerando os determinantes culturais, políticos e econômicos que influenciam os modos de estar no mundo. Por outro lado, ficam alguns questionamentos que demandariam novas produções de significado em outros estudos, com destaque aos desmontes e a ameaça da não habilitação de novas equipes de NASF-AB: Como ficarão os usuários que são acompanhados pelos especialistas desta equipe de referência? Qual será a alternativa utilizada para a continuação do cuidado de base comunitária e territorial? Estariam os novos modelos de equipe preparados para trabalhar com as demandas multiprofissionais?

Independente se tais questionamentos promovam novos estudos e novas perspectivas, algo permanece como eixo de sustentação de toda e qualquer nova abordagem: a relevância das práticas e estratégias utilizadas pela equipe de NASF-AB, junto às equipes de ESF, incluindo o campo da saúde mental, que permitem a construção de caminhos para a consolidação da interdisciplinaridade, intersetorialidade, humanização dos serviços, compartilhamento e corresponsabilização do cuidado. Cabe ressaltar ainda que as especialidades vem conquistando um espaço grande na APS, muito disso deve-se ao trabalho realizado pelo NASF-AB, assim espera-se que essas equipes sejam cada vez mais fortalecidas e aprimoradas para que continuem a produzir mudanças na direção do cumprimento constitucional da saúde como direito de todos. Que a luta por esse espaço conquistado seja consolidada a partir da revogação das portarias que sinalizam o desmonte das equipes de NASF-AB e que a manutenção dessas equipes proporcione, a construção de novas condições de vida e de saúde para toda população.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M.B. et al. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina.** Saúde e Transformação Social, v.1, n.1, p.18-31, 2011.

BORBA, Leticia de Oliveira et al. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.** Rev. esc. enferm. USP 2011, vol.45, n.2, pp.442-449. ISSN 0080-6234.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de **Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços.** Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988.35. ed. Brasília: Câmara dos deputados, edições da câmara,2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização 2008.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica 2014. Núcleo de Apoio a Saúde da Família- Brasília; Ministério da Saúde 2014. 116 p. (**Cadernos da Atenção Básica, n.39**).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático de Matriciamento em saúde mental /** Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**).

CLANDININ, D. Jean. CONELLY, F. Michael. **Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa.** Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011.

COMBINATO, D.S, VECCHIA MD, LOPES EG, MANOEL RA, MARINO HD, OLIVEIRA ACS, ET AL. **“Grupos de Conversa”**: saúde da pessoa idosa na estratégia da saúde da família. *Psicol. Soc.* 2010; 22(3):558-68.

FERRO LF, EMILIN CS, ZIMMERMANN AB, CASTANHARO RCT, OLIVEIRA FRL. **Interdisciplinaridade e intersectoralidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios.** *O Mundo da Saúde.* 2014;38(2):129-38.

MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R.; PORTO, E. **Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado.** *R. bras. Ci e Mov.* 2005; 13(4): 107-114

PAES LG, SCHIMITH MD, BARBOZA TM, RIGHI LB. **Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde.** *Trab. Educ. Saúde.* 2013;11(2):395-409.

SANTOS LM, ROS MA, CREPALDI MA, RAMOS LR. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(2):346-52.