

Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais?

Mental Health in Primary Health Care: Should Matrix Support Be Added or Split?

Salud Mental en Atención Primaria de Salud: Dividir o Sumar Apoyos Matriciales?

Cláudia Maria Filgueiras Penido

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Breno Pedercini de Castro

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Janete dos Reis Coimbra

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Vânia Dolher de Santa Inêz Souza Baker

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Renato Ferreira Franco

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo: Com o presente ensaio pretende-se discutir a relação entre as Equipes de Saúde Mental (EqSMs) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica (AB) de Belo Horizonte/MG. A discussão se baseia na recuperação de fragmentos históricos da implementação das ações em saúde mental no município e na experiência dos autores. São evidenciados impasses e desafios relacionados à manutenção das EqSMs, lotadas na AB mesmo depois da implantação dos NASFs, o que caracteriza exceção no cenário nacional. A existência de psicólogos em ambas as equipes colabora para a existência de conflitos quanto à divisão de clientela, o que pode resultar em encaminhamento entre elas e em dificuldade de acesso aos cuidados em saúde mental. É indicada a necessidade de diálogo entre essas diferentes estratégias matriciais, reforçando que a discussão dos processos de trabalho é prevista no próprio método de apoio.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Apoio Matricial; Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Abstract: The present paper discusses the relationship between Mental Health Teams and Support Groups for Family Health in mental health care within Primary Care in Belo Horizonte, Brazil. The discussion is based on the recovery of historical fragments related to

the implementation of mental health measures in the municipality, as well as the authors' experience. Deadlocks and challenges were evident within the Mental Health Teams assigned to Primary Health Care, even after the creation of Support Groups to Family Health - which characterises exception on the national scene. The presence of psychologists in both teams can lead to conflicts concerning the division of caseloads which may result in shuttling patients from one team to the other and difficulties in accessing mental health care. We stipulate the need for dialogue between different matrix strategies and stress that dialogue on work processes is envisioned within the support method itself.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Matrix Support; Support Groups to Family Health.

Resumen: Trabajo que analiza la relación entre los Equipos de Salud Mental (EqSMs) y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASFs) para el cuidado de salud mental en la atención primaria de salud (APS) de Belo Horizonte/MG. La discusión se basa en fragmentos históricos de la implementación de acciones en salud mental en la ciudad y experiencia de los autores. Hay dificultades y desafíos con lo mantenimiento de las EqSMs en la APS, mismo después de la implementación de NASFs, una excepción nacional. La existencia de los psicólogos en los dos equipos contribuye a la existencia de conflictos en la división de clientes, lo que puede resultar en la referencia entre ellos y en dificultad de acceso a la asistencia. Se indica la necesidad de diálogo entre estas estrategias matriciales, destacando que la discusión de los procesos de trabajo son parte del propio método de apoyo.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Apoyo Matricial; Centros de Apoyo a la Salud de la Familia.

Introdução

A organização das ações de saúde mental na Atenção Básica (AB) no Brasil teve um impulso desde a Portaria n. 154/GM, de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Neste documento, a saúde mental foi indicada como um dos eixos de trabalho dos

NASFs, juntamente com a recomendação de se incluir profissionais dessa área em suas equipes multiprofissionais, considerando-se a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

A partir daí, ampliaram-se as formas possíveis de organização do cuidado em saúde mental na AB. Assim como NASFs recém-criados incorporaram

Equipes de Saúde Mental (EqSMs) que já apoiavam na AB, como em São Paulo - SP (Vannucchi & Carneiro Junior, 2012) e Santa Luzia - MG (Penido, 2012), outras cidades, a exemplo de Campinas - SP (Castro, Oliveira & Campos, 2016), optaram por não implementar NASFs, mantendo as equipes prévias que já realizavam apoio matricial em saúde mental e em outras áreas.

Nesse contexto, Belo Horizonte (BH) apresenta uma composição peculiar, por ter mantido as EqSMs lotadas na AB, mas também por ter implementado NASFs. Tal arranjo provocou questionamentos sobre a delimitação da demanda em saúde mental entre as diferentes equipes, principalmente pela presença de psicólogos na maior parte desses núcleos (Dantas, 2014). Como também são previstas ações de saúde mental pelos NASFs, uma mesma Equipe de Saúde da Família (EqSF) pode receber apoio nessa especialidade tanto de uma EqSM quanto de um NASF, de forma paralela e segundo diferentes prioridades. Atenta à complexidade dessa composição belorizontina, Azevedo (2011) recomendou que a relação entre NASFs e EqSMs deveria ser aprofundada em estudos futuros que abordassem a saúde mental na AB local.

Nesse sentido, propomos como objetivo do presente ensaio discutir a relação entre NASFs e EqSMs na AB em

BH, evidenciando impasses e desafios decorrentes dessa configuração singular. É importante salientar que, além de pesquisadores, todos os autores do presente trabalho têm ou tiveram experiência direta com os NASFs e/ou EqSMs na AB, seja como apoiadores matriciais ou institucionais, gestores ou estagiários e trazem a presente discussão pautados na literatura e nas respectivas vivências.

De forma geral, ponderamos que a problematização da realidade de BH será uma oportunidade de examinar uma experiência em saúde mental destacada na literatura (Merhy, 1998; Nilo, 2008; Azevedo, 2011; Harzheim, 2011; Cunha & Campos, 2012; Dantas, 2014; Campos, 2016) e, ao mesmo tempo, de ampliar a compreensão de como a diversidade de contextos e experiências de gestão em saúde contribuem para a pluralidade de formas e resultados de implementação da Política Nacional de AB, mesmo havendo forte indução do governo federal (Viana, Rocha, Elias, Ibañez & Bousquat, 2008).

Para problematizar este cenário, organizamos o artigo em três partes. Nas duas partes iniciais, contextualizamos a implementação das ações em saúde mental na AB em BH, sendo a primeira delas dedicada às EqSMs e a segunda aos NASFs. Como o apoio matricial organiza o processo de trabalho de ambas equipes, retomamos essa proposta já na primeira

parte, a partir de documentos e produções técnicas do Ministério da Saúde (MS). Na terceira parte, abordamos alguns aspectos dos atuais processos de trabalho das EqSMs e NASFs, destacando impasses e desafios. Ao final, levantamos algumas questões para estimular a continuidade da discussão pelos leitores, em especial trabalhadores, usuários e gestores envolvidos, os quais convidamos a darem continuidade a esse debate em movimento coletivo e autoral de análise e intervenção em suas realidades locais.

Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica em Belo Horizonte

Embora o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM), de âmbito nacional, tenha inserido profissionais de saúde mental na AB belorizontina entre 1977 e 1979, a primeira iniciativa oficial de organização de uma rede assistencial integrada aconteceu por meio do Programa de Ações de Saúde Mental da Região Metropolitana, lançado em 1985 pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Na época, os psicólogos e psiquiatras já existentes nos Centros de Saúde (CS) da capital passaram a integrar equipes em conjunto com assistentes sociais. Lobosque e Abou-yd (1998) contam que houve estranhamento e isolamento iniciais das EqSMs em relação

às equipes da AB, o que contribuiu para que cada núcleo se ocupasse de sua demanda, sem muitos momentos de interlocução. O isolamento das equipes no conjunto das atividades e dos profissionais dos CS veio a reforçar, segundo Dantas (2014), o estigma e o preconceito em relação à saúde mental por parte dos profissionais da AB.

Na referida rede assistencial, o hospital psiquiátrico tinha papel fundamental, pois era a única alternativa para os usuários em crise. Entretanto, uma auditoria dessas unidades mineiras pela SES-MG em 1991 constatou que nenhum deles (públicos ou privados) atendia às normas técnicas do MS (Secretaria Estadual de Saúde, 1992), o que denunciou o descaso com pacientes e funcionários e a falta de condições para tratamento e/ou trabalho. Tal constatação se deu em meio a um cenário favorável a mudanças na perspectiva assistencial.

Em 1992, considerando o princípio organizativo da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e repercutindo o ideário da reforma psiquiátrica, alguns trabalhadores de saúde mental de BH aproveitaram uma oportunidade política, quando uma coligação de partidos de esquerda venceu as eleições municipais, para sugerir um projeto de saúde mental específico para o município. Naquela época, eles

encaminharam um documento à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), de acordo com a política do MS para a área, em que sugeriam diretrizes para tal projeto. Alguns desses trabalhadores militantes pela causa da reforma assumiram a coordenação de saúde mental e deram início à implementação do projeto, com o apoio de alguns movimentos sociais. A partir daí, notou-se forte orientação antimanicomial da política de saúde mental, a fim de priorizar a assistência aos psicóticos e neuróticos graves em rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, por meio de intervenções nos processos de trabalho e organização da agenda dos profissionais.

Ferreira Neto (2011) denomina o período da década de 90 na história da saúde mental em BH como Antimanicomial e o analisa a partir de um relatório de gestão escrito pela então Coordenadora do Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Coordenadora Municipal de Saúde Mental (Lobosque & Abou-Yd, 1998). Em relação ao período anterior (década de 80), denominado pelo autor de Implantação, são identificados alguns pontos de ruptura: a proposta de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico; o esforço para garantir a chegada dos egressos na AB; a inspiração da psicanálise para as práticas de pensamento e trabalho, de modo articulado à política; o

desestímulo à participação dos profissionais em estratégias da saúde coletiva como grupos de gestantes ou diabéticos e a priorização dos usuários com transtornos mentais graves.

Já a partir dos anos 2000, associado à expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação da atenção à saúde, tem início em BH o período conhecido como Apoio Matricial (Ferreira Neto, 2011) – muito embora Castro, Oliveira e Campos (2016) observem que o apoio matricial já acontecia na cidade desde a década de 90, assim como nas capitais Recife, Aracaju e Rio de Janeiro e nas cidades de Campinas (em São Paulo) e Quixadá e Sobral (no Ceará).

O apoio matricial em saúde mental às equipes de AB foi proposto pelo MS em 2003, em edição circular conjunta, n. 01/03, intitulada *Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica*, assinado pela Coordenação da Saúde Mental e Coordenação de Gestão da AB (Brasil, 2004). A proposta de apoio matricial consiste na criação de um arranjo organizacional com o objetivo de ofertar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico em saúde mental às equipes da AB. Estimulou-se, dessa forma, o compartilhamento de casos com a rede de

saúde responsável por ações no território, por meio de discussões de casos clínicos e intervenções conjuntas (Brasil, 2004), instituindo uma noção de corresponsabilização pela ampliação das possibilidades de cuidado integral na rede de serviços (Silveira, 2009).

A aposta do MS era de que o apoio resultaria em diminuição da lógica de encaminhamentos e aumento da capacidade resolutive das equipes de saúde locais. Nesse sentido, estimularia a multidisciplinaridade e o fortalecimento da clínica em equipe que, por sua vez, contribuiria para o resgate e valorização da dimensão singular de cada caso, para além da dimensão biológica dos sintomas (Brasil, 2004). A lógica matricial se apresenta, assim, como resposta possível e efetiva diante do despreparo dos profissionais das EqSF para o cuidado em saúde mental e do receio de se responsabilizarem sanitariamente pelas pessoas com transtornos mentais – dado também o estigma a elas associado (Chiaverini, 2011). Segundo Nascimento (2007), o apoio matricial atua como um potencializador da desinstitucionalização.

Em Belo Horizonte, a coordenação de saúde mental e as gerências de Atenção à Saúde assinaram, também em 2003, o documento *Saúde Mental na Atenção Básica*, “cujo contorno busca atender à função matricial” (Ferreira Neto, 2011,

p.121). Ao desenhar a integração entre as EqSFs e as EqSMs, o documento orientou que as segundas priorizassem o atendimento às pessoas com sofrimento mental grave e persistente, enquanto as primeiras se responsabilizariam pelas necessidades clínicas dessa clientela, de modo que as outras demandas mais leves seriam atendidas pelas EqSFs com o apoio das EqSMs. Nilo (2008) relata que as conversas entre essas equipes foram inicialmente ásperas, tendo se suavizado apenas com o tempo e a história. As EqSMs temiam que a lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida, próprias do modelo assistencial do PSF, propiciasse um aumento da demanda não priorizada pelo projeto de saúde mental. Por outro lado, é fato que as EqSFs se percebiam despreparadas para o atendimento das pessoas com sofrimento mental (Nilo, 2008) e a inserção da saúde mental na AB se tornou necessária para o avanço da própria Reforma Psiquiátrica (Figueiredo & Onocko Campos, 2008; Dimenstein e cols., 2009).

Apesar da saúde mental ser um dos eixos previstos para o NASF, implantado em 2008 em BH, nem os profissionais nem o processo de trabalho que as EqSMs vinham realizando na AB foram absorvidos por esses núcleos, o que abordaremos a seguir, no contexto do que propõe o MS.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte

O MS criou os NASFs, em 2008, com o objetivo de “ampliar a resolubilidade, o escopo e a abrangência das ações da atenção básica” (Brasil, 2008, art.1o). Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, o NASF deveria desenvolver ações de saúde mental em conjunto com as EqSFs e no âmbito de uma rede de cuidados.

No *Caderno da Atenção Básica*, em seu número 27, sobre o NASF, intitulado *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (Brasil, 2010), o apoio matricial é apontado como organizador do processo de trabalho e a incorporação da saúde mental um avanço em direção à integralidade e equidade. A saúde mental é apresentada em íntima relação com a própria produção de saúde na AB, em trecho conhecido e frequentemente citado, que se refere ao fato de que todo problema de saúde é sempre e também mental, ao mesmo tempo em que a saúde mental é sempre e também produção de saúde (Brasil, 2010). A publicação propôs o apoio dos serviços de saúde mental às EqSFs e recomendou a priorização dos profissionais de saúde mental no NASF para atuar em trabalho compartilhado de suporte às equipes por meio do apoio

matricial.

Nem neste número 27 do *Caderno da Atenção Básica*, nem no volume 1 de seu número 39, intitulado *Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano* (Brasil, 2014) são previstos NASFs e EqSMs trabalhando concomitantemente na AB, como em BH. Por outro lado, também não é apontado nenhum impedimento na legislação ministerial, deixando espaço para que a gestão municipal opte pela organização que considerar mais apropriada.

Especificamente em BH, a implementação dos NASFs remonta ao processo de instituição dos Núcleos de Apoio em Reabilitação (NARs) pela SMSA. O projeto dos NARs, implantado em caráter piloto em 2005, deu lugar aos NASFs em 2008. Essas propostas apresentavam algumas semelhanças, a exemplo do apoio matricial como lógica de trabalho das equipes e a reabilitação como uma das áreas privilegiadas para as ações de apoio. O funcionamento dos NARs visava capacitar os profissionais de referência para a assistência básica em reabilitação e atender, mediante corresponsabilização, pessoas com deficiências e incapacidades em todos os ciclos de vida, seus familiares e cuidadores, pessoas em situação de risco e em alto grau de vulnerabilidade. Para esses casos, quando havia necessidade, era

ofertado também atendimento pelo psicólogo inserido na equipe (Coimbra, 2010).

A partir da publicação da Portaria n. 154 (Brasil, 2008), que instituiu os NASFs, a SMSA-BH identificou semelhanças metodológicas entre a proposta dos NASFs e aquela já utilizada pelos núcleos de reabilitação, como a composição multiprofissional das equipes, a reabilitação como uma de suas ênfases, a utilização da tecnologia do apoio matricial e o fato dos núcleos não se configurarem como porta de entrada do sistema. Considerando tais similaridades, a secretaria optou então por ampliar a proposta dos NARs por meio da implantação dos NASFs para os outros sete distritos da capital, e incrementar a assistência farmacêutica e ações de promoção da saúde, com incorporação de farmacêuticos e educadores físicos (Coimbra, 2010).

Inicialmente, os NASFs foram denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação (NASFs-R), com o objetivo principal de fornecer suporte às EqSFs em relação às ações de reabilitação (Azevedo, 2011). Apenas em 2010 eles passaram a ser identificados somente como NASF, uma vez que passaram a agregar outros eixos além da reabilitação, como a promoção da saúde e a assistência farmacêutica.

Desde o início, a gestão municipal sinalizou a necessidade de integração entre os NASFs e os projetos e políticas de saúde existentes, a exemplo da Saúde Mental, sem definir, contudo, estratégias de gestão para que isso se concretizasse na prática. Os processos de trabalho definidos no nível central da SMSA não mencionavam a importância do compartilhamento de práticas entre os NASFs e as EqSMs, mas apenas entre os NASFs e as EqSFs. Identificamos, no documento que estabelece as competências e ações do NASF no município (Belo Horizonte, 2010), menção ao desenvolvimento de ações de saúde mental em rede intrasetorial e a previsão de atendimentos individuais a “usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que estejam sendo acompanhados pela equipe de reabilitação” (p.37). Este documento trouxe, pela primeira vez, a descrição específica das ações do psicólogo, dentre elas:

Realizar articulações com as equipes de Saúde Mental de modo a contribuir na abordagem intersetorial e interdisciplinar dos portadores de sofrimento mental acompanhados pelas ESF [EqSFs] de sua referência e que se encontrem em dificuldade de acesso, acolhimento, atendimento e prosseguimento de tratamento (p.62).

De toda forma, percebemos que mesmo a reabilitação, promoção à saúde e assistência farmacêutica – áreas privilegiadas pelos NASFs –, incluem inevitavelmente ações em saúde mental, muitas vezes associadas ao trabalho do psicólogo, profissional presente nas equipes dos NASFs, mas também nas EqSMs. As ações de saúde mental, portanto, não são exclusivas das EqSMs, seja nos documentos ou na prática.

Depois de descrevermos de forma separada alguns elementos históricos da construção do processo de trabalho das EqSMs e, na sequência, dos NASFs, passaremos a problematizar a articulação entre eles na atualidade da AB em BH.

A (des)articulação dos NASFs e EqSM na AB: juntos, porém separados

Do ponto de vista da gestão dos processos de trabalho, os NASFs e as EqSMs na AB têm diferentes coordenações, ambas subordinadas à Gerência de Assistência (GEAS) da SMSA-BH. Atualmente, há 58 EqSMs na AB, compostas, em geral, por psiquiatras e psicólogos, que cobrem as 150 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município. Inicialmente, os profissionais dessas equipes eram referência de apoio para mais de uma unidade, o que se tornava um

desafio diante da demanda significativa de casos prioritários. Essa situação modificou-se a partir da III Conferência Municipal de Saúde Mental em 2010, cujas resoluções contribuíram para a ampliação das EqSMs em toda a cidade, garantindo pelo menos um psicólogo em cada UBS. Contudo, os psiquiatras podem referenciar mais equipes e, inclusive, mais UBSs do que os psicólogos, pertencendo a diferentes equipes ao mesmo tempo. A designação “Equipe de Saúde Mental” nem sempre se verifica assim na prática, pois muitas vezes o psicólogo trabalha sozinho.

Os NASFs, por sua vez, podem contar com fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos e psicólogos, com alguma diferença entre as equipes. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos são os profissionais em maior número nessa ordem. Assim como aconteceu com as EqSMs em BH, em 2010 também houve a ampliação dos NASFs, com aumento significativo da inserção do psicólogo. Atualmente, BH conta com 59 NASFs que cobrem todas as 585 EqSFs e possuem psicólogos em 60% de suas equipes, confirmando, portanto, uma duplicidade dessa categoria profissional na maior parte da AB local. Entretanto, as equipes cobrem, em geral, de duas a três UBSs e, portanto, seus psicólogos são referência para mais EqSFs do que os

psicólogos das EqSMs, que respondem por apenas uma unidade básica.

As EqSMs e NASFs fazem reuniões mensais de matriciamento com cada uma das EqSFs apoiadas, em separado. As EqSMs abordam casos com necessidades de acompanhamento e orientação em saúde mental e os NASFs as necessidades de acompanhamento e orientação em reabilitação, promoção da saúde e prevenção de agravos. Existe abertura para participação dos profissionais dos NASFs nas reuniões regulares das EqSMs e vice-versa, porém o processo de trabalho é diferente e nem sempre as agendas são compatíveis.

Na criação dos NASFs em BH, foi considerada a preexistência do cuidado em saúde mental para os casos graves na AB e buscou-se evitar a sobreposição de ações em relação às EqSMs. O documento municipal que apresentou as diretrizes do NASF (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012) destacou que o psicólogo poderia contribuir na inter-relação entre subjetividade e saúde. Dentre suas atribuições, constam o suporte técnico às ações de promoção da saúde, a escuta qualificada e o acompanhamento de usuários em situações diversas, como sofrimento emocional pela perda da funcionalidade, principalmente na deficiência física; enfrentamento de situação de saúde ou doença grave;

abordagem das pessoas com doenças crônicas; acompanhamento de pessoas com deficiência ou com limitações funcionais e seus cuidadores; apoio no atendimento de crianças, idosos e pessoas em situação de risco quando vítimas de violência; usuários com síndromes metabólicas e nutricionais. Especial atenção também foi dada aos cuidadores e familiares que apresentassem sofrimento emocional decorrente da sobrecarga pelo cuidado do familiar que adoeceu ou que apresentasse alteração ou perda de funcionalidade. Houve também a orientação para que este profissional contribuísse em ações intersetoriais e interdisciplinares na comunidade (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012).

A amplitude dessa clientela dos psicólogos do NASF parece-nos se justificar pela restrição da política municipal de saúde mental aos casos considerados prioritários. Nesse sentido, Azevedo (2011) constatou que à época da implantação dos NASFs em BH não havia uma proposta consolidada em relação aos critérios que definiam os casos que deveriam ser acompanhados pelos núcleos. A autora mencionou, ainda, serem frequentes os rearranjos organizacionais e institucionais relacionados a negociações políticas, o que contribuía para manter em aberto o processo de implantação do NASF. Percebemos nesse ponto um

contraste em relação à política consolidada e reconhecida da saúde mental em BH, o que pode repercutir no processo de trabalho e articulação entre NASF e EqSMs, ocupando o NASF uma posição mais frágil nesse sentido.

Em suma, à época da criação do NASF em 2008, as ações de saúde mental propostas eram apenas parcialmente realizadas pelos profissionais das EqSMs em BH, pois “as ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis” (Brasil, 2008) não eram reconhecidas como relativas aos portadores de sofrimento mental severo e persistente. A composição dos NASFs, a partir da experiência de funcionamento dos NARs pode ter contribuído para que fossem encampadas aquelas ações – que em última instância também se referem à saúde mental.

Entretanto, é possível que as EqSMs façam encaminhamentos aos NASFs, mesmo em se tratando de pessoas em sofrimento mental, como no caso do público infanto-juvenil. Considerando a diversidade de demandas e a necessidade de priorização de atendimento, a atenção à saúde mental da criança e do adolescente baseia-se nos mesmos princípios da lógica antimanicomial estabelecida para o adulto

e definiu como sua prioridade as neuroses graves, as psicoses e o autismo (Belo Horizonte, 2004). Contudo, esse público ainda não é efetivamente inserido na agenda dos seus psicólogos das EqSMs, que demonstram certa resistência em atendê-los, muitas vezes por não se sentirem capacitados. São comuns as tentativas de encaminhamento de crianças e adolescentes para atendimento pelo psicólogo ou por outras categorias do NASF, mesmo que sejam público prioritário das EqSMs. Acontece, ainda, de não haver consenso entre as equipes sobre a gravidade do caso, de forma a dificultar a decisão de vincular o usuário à EqSM ou ao NASF. Isso pode resultar em recusa inicial de atendimento por ambos e na prática frequente de encaminhamentos – e reencaminhamentos – entre equipes. Frente a esse impasse, percebe-se que a divisão de clientela com base em diagnósticos (psicoses e neuroses graves) também tem suas fragilidades, uma vez que podem variar de profissional para profissional.

Na 3ª Oficina de Psicólogos do NASF BH, realizada em dezembro de 2015 para discutir a atuação desse profissional, os psicólogos presentes manifestaram um incômodo quanto à divisão de clientela entre eles e seus colegas das EqSMs. Como o público prioritário dessas equipes é bem definido, ficava-lhes a impressão de que ao NASF

caberia o “resto”. A incômoda situação de interrogar se ao NASF tem cabido o “resto” da clientela não atendida pelas EqSMs remete ao histórico da própria organização das ações de saúde mental na AB em BH. O NASF foi implantado posteriormente às EqSMs, que já contavam com um processo de trabalho organizado e pactuado com as EqSFs, o que pode ter criado restrições às ações de saúde mental encampadas pelo NASF.

Os psicólogos poderiam ser considerados, assim, analisadores do arranjo NASFs e EqSMs na AB municipal. Segundo Lourau (2004), os analisadores lançam luz sobre o negativo da instituição ao esboçarem uma inconformidade com o instituído. Nesse sentido, decompõem o que parecia uma totalidade homogênea, ao desvelarem o caráter fragmentário da realidade (Paulon, 2005). Ora, ao destacarem o incômodo com o 'resto', os psicólogos do NASF evidenciam não só a sobrecarga em relação à demanda excessiva, mas, fundamentalmente, a exclusão do processo decisório quanto ao delineamento das demandas que lhes competiam, uma vez que o público prioritário das EqSMs estava previamente definido quando da implantação dos núcleos.

Embora os documentos da SMSA-BH não se refiram à importância da interlocução entre EqSMs e NASFs, diante

das necessidades dos usuários e dos problemas concretos que se desenrolam nos territórios, a busca pela discussão de casos costuma se estabelecer por iniciativa dos próprios profissionais, não se caracterizando como uma prática instituída pela rede. Durante a Oficina, uma psicóloga do NASF contou de sua experiência com um grupo de apoio, construído de forma conjunta com o psiquiatra da EqSM, com base na demanda recorrente da EqSF de apoio aos casos considerados não prioritários pelos apoiadores, como ansiedade, irritabilidade, insônia e tristeza diante das dificuldades nos relacionamentos familiares, criação de filhos, desemprego, violência e demais situações da vida contemporânea. Por ocasião da oficina, concluiu-se haver necessidade de maior interlocução entre as EqSMs e os NASFs, não apenas nos espaços de prática, mas também na gestão central, com melhor integração das ações desenvolvidas pelos psicólogos de ambas as equipes.

Por outro lado, há reuniões institucionalizadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em que essas equipes podem se encontrar. Dentre elas, o Fórum de Saúde Mental, promovido pelas referências técnicas em saúde mental de cada distrito sanitário, que acontece a cada três meses. Na maior parte das vezes, trata-se de um encontro dos profissionais da

rede em que um convidado externo expõe sobre um determinado tema relevante para a prática, seguido de debate com os presentes. Outro espaço são as supervisões clínicas distritais de saúde mental, que acontecem em média a cada três semanas, também com a participação dos profissionais da RAPS. A supervisão é feita por um profissional externo, em geral psicanalista, a partir da apresentação de um caso e que pode envolver diferentes pontos e profissionais da rede. Logo após a supervisão, os presentes se dividem em pequenos grupos para as chamadas reuniões por micro área, a fim de discutir casos em comum entre EqSF, EqSM, Centro de Convivência e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs – correlato municipal do Centro de Atenção Psicossocial), para melhor integração e acompanhamento da circulação dos usuários na RAPS.

Entretanto, os psicólogos do NASF não frequentam muito tais espaços, principalmente as supervisões clínicas, embora as razões não sejam explicitadas. De toda forma, é notória a desconsideração do NASF como recurso integrante da RAPS pelos profissionais e gestores. Ainda, se o encontro entre EqSMs e NASFs não é institucionalizado, o mesmo não se observa entre EqSMs-EqSFs, por um lado, e NASFs-EqSFs, por outro, que se reúnem mensalmente. Às vezes,

apoiadores podem participar da reunião de matriciamento (assim chamada) uns dos outros, ou mesmo promoverem atendimentos compartilhados ou atividades conjuntas, mas tais iniciativas são raras.

Em suma, depois de tomar em análise a gestão do processo de trabalho em aspectos como composição de equipes, práticas de cuidado e divisão de clientela, constatamos que NASFs e EqSMs, apesar de juntos, permanecem separados.

Considerações finais

Como um limite deste artigo, destacamos que a problematização geral do desenho das ações em saúde mental na AB em BH não conseguiria retratar a realidade das 585 EqSFs das nove regionais da cidade. Considerando-se certo grau de autonomia dos profissionais e gestores locais, é possível que em alguns lugares a prática seja distinta daquela aqui problematizada, o que reforça a necessidade de pesquisas que possam cobrir tais nuances e seus desdobramentos sobre o cuidado em saúde mental na AB.

Para apoiar algumas de nossas considerações, tornou-se necessário recuperar alguns aspectos do contexto histórico de produção das políticas de saúde mental e do NASF em BH. Por um lado, verifica-se uma consolidada política de saúde mental que se estruturou, ao

longo de três décadas, a partir da prática cotidiana dos trabalhadores e dos serviços substitutivos, fortemente embasados no ideário da luta antimanicomial e apoiados na clínica psicanalítica. Por outro, a constituição dos NASFs evidencia uma política em construção nestes últimos oito anos que repercute a incorporação de concepções e práticas do projeto anterior de reabilitação, ainda presente no modo de organização do trabalho. Constatamos que a gestão municipal sustenta um arranjo original que mantém a coexistência de duas equipes que ofertam apoio matricial, tendo ampliado, inclusive, tanto as EqSMs quanto os NASFs ao longo dos anos.

Pontuamos, contudo, que a inovação belorizontina dificulta o acesso aos cuidados em saúde mental quando NASFs e EqSMs hesitam em assumir certos casos e reforçam o encaminhamento burocrático entre equipes, sustentando assim uma prática incoerente com os próprios princípios da metodologia matricial. A partir da análise dos documentos que tratam da gestão do processo de trabalho das EqSMs e NASFs, observamos que os parâmetros de relação e distribuição de clientela foram estabelecidos, em tese, somente entre as EqSMs e as de apoio, sendo necessária ainda a pactuação entre EqSMs e NASFs – especialmente pela presença do psicólogo nas duas equipes.

Notamos que a tensão criada quanto à distribuição de clientela entre as EqSMs e os NASFs e até mesmo à recusa de alguns usuários evidencia um descompasso entre essas equipes, o que pode se relacionar à falta de formação para o manejo de determinados casos e à ausência de discussão sobre o próprio processo de trabalho – curiosamente uma das funções do apoio. Isso faz pensar sobre os efeitos da falta de diálogo entre as equipes e ainda sobre as potencialidades das estratégias de Educação Permanente em Saúde para os apoiadores, considerando-se a complexa tarefa em questão.

Em relação aos distintos referenciais que sustentam as políticas de saúde mental e do NASF, como a luta antimanicomial/psicanálise e a promoção da saúde/reabilitação, respectivamente, constatamos que eles são elementos importantes para refletir sobre as práticas atuais dos diferentes apoiadores. Abrir-se para o diálogo, contudo, não implica a dispensa desses referenciais que são caros a cada uma das políticas, mas uma aposta na efetividade dos encontros para intervenções mais alinhadas com a realidade local. Não se trata de um movimento de ecletismo teórico e prático, mas de recuar na presunção de determinados juízos que atravancam o cotidiano, efetuando mudanças, se julgadas

pertinentes.

Finalmente, a fim de desnaturalizar o atual arranjo belorizontino, propomos algumas questões que possam disparar processos analíticos: se cabem ações em saúde mental tanto aos NASFs quanto às EqSMs– o que se verifica nos documentos e de certa forma na prática – por que manter esses dois apoios simultâneos a uma mesma EqSF? Por que preservar as EqSMs fora dos NASFs? Por outro lado, por que não incluir definitivamente os profissionais de saúde mental dos NASFs nas reuniões de matriciamento das EqSMs? A divisão de clientela facilita o acesso ao cuidado em saúde mental na AB? E, finalmente, a divisão beneficia os usuários?

Se ao apoio também cabe a problematização dos processos de trabalho, o enfrentamento dessas perguntas por parte dos gestores, apoiadores e usuários, faz parte do método. Portanto, ainda que por coerência, talvez caiba aos seus protagonistas a tarefa de colocar em análise seus saberes, poderes e afetos para refletirem coletivamente sobre a prática de saúde mental na AB em BH. Apostamos que o exercício pode servir para ampliar o capital analítico e de intervenção dos envolvidos, o que já justifica o esforço. Por fim, espera-se que este artigo também possa contribuir para que leitores Brasil afora conheçam outras composições para o

cuidado em saúde mental na AB.

Referências

- Azevedo, N. S. (2011). *Núcleos de apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Azevedo, N. S. & Kind, L. (2013). Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 520-535. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300002.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154*, de 24/1/2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (2008). Recuperado em 25 julho, 2010, de: <http://www.saude.gov.br/dab>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de

- Gestão da Atenção Básica. (2004). Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (77-84). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154, de 24/1/2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. (2008). Recuperado em 8 março, 2017 de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. *Cadernos de Atenção Básica, 39(1)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
- Castro, C. P. de Oliveira, M. M. de & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 21(5)*, 1625-1636. Recuperado em 01 abril, 2017, de: https://scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501625&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 23(2)*, 399-407. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016.
- Campos, G. W. S. (2016). Saúde Mental e Atenção Primária: Apoio matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. In: Nunes, M. & Landim, F. L. P (Org). *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano* (Org). Salvador: EDUFBA.
- Chiaverini, D. H. (Org) (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da

- Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Coimbra, J. R., Rangel, R. C., Amorim, M. A., Ayres, S. P. (2010). A experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação – NAR. In: Junior, H.M.M (Org). *Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013.
- Dantas, N. F. (2014). *O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial: análise da experiência de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Figueiredo, M. D. & Onocko-Campos, R. (2008). Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde Debate* (Londrina), (32)78/79/80, 143-149. Recuperado em 01 abril, 2017, de: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773014.pdf>.
- Lobosque, A. M. & Abou-Yd, M. (1998). A cidade e a loucura: entrelaces. In: Reis, A. T. et. al. (Orgs). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 243-264). São Paulo: Xamã.
- Lourau, R. (2004). Objeto e método da Análise Institucional. In: Altoé, S. (Org.) *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (66-86). São Paulo: Hucitec
- Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.. In: Campos, C.R., Malta, D.C., Reis,

- A.T., Santos, F., & Merhy, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã Editora.
- Nascimento, C. C. (2007). *Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nilo, K. (2008). Saúde mental e PSF: testemunho de um trabalho conjunto. In: Nilo, K., Morais, M. A. B., Guimarães, M. B. L., Vasconcelos, M. E., Nogueira, G. N. & Abou-Yd, M. *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicol Soc.* 17(3), Porto Alegre.
- Penido, C. M. F. (2012). *Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (2004). *Projeto de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente*. Belo Horizonte: Coordenação de Saúde Mental.
- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (2012). *NASF BH: competências e ações*. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal.
- Secretaria Estadual de Saúde. (1992). *Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental*. Belo Horizonte.
- Silveira, M. R. *A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário*. (2009). 145f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Vannucchi, A. M. C. & Carneiro Junior, N. (2012). Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 963-982. Recuperado em 01 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007.
- Viana, A. L. A., Rocha, J. S. Y., Elias, P. E., Ibañez, N. & Bousquat, A. (2008). Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de*

Saúde Pública, 24(1), 79-90.

Recuperado em 01 abril, 2017, de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013.

Cláudia Maria Filgueiras Penido:

Psicóloga; professora do programa de pós-graduação em Psicologia/UFMG e coordenadora do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais - L@gir/UFMG.

E-mail: claudiamfpenido@gmail.com

Breno Pedercini de Castro: Psicólogo; mestrando em Antropologia Social (UFMG). Trabalhador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Itabirito-MG. Pesquisador do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais - L@gir/UFMG.

E-mail: breno12@msn.com

Janete dos Reis Coimbra: Psicóloga; mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/UFMG; ex-coordenadora geral dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Belo Horizonte; Gerente de Insumos e Apoio à Assistência à Saúde da SMSA de Belo Horizonte.

E-mail: janete.coimbra@pbh.gov.br

Vânia Dolher de Santa Inês Souza

Baker: Ex- Referência Técnica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e atual Referência Técnica de Saúde Mental (Regional Barreiro/SMSA/PBH).

E-mail: vaniadolhersb@gmail.com

Renato Ferreira Franco: Psiquiatra, mestre e doutor em Psicologia (UFMG); preceptor da residência de psiquiatria do Hospital Municipal Odilon Behrens; médico supervisor e gestor de contratos da SMSA de Belo Horizonte.

E-mail: renatofranco@me.com

Enviado em: 18/05/17 – **Aceito em:** 20/09/17
