

Direito à Saúde: Conversação sobre a Práxis Multiprofissional nos Territórios do CAPS e do NASF

Right to Health: Conversation about Multiprofessional Praxis in CAPS and NASF Territories

Derecho a la Salud: Conversación sobre Praxis Multiprofesional en Territorios CAPS y NASF

Maria Letícia Pereira da Silva

Giselle Oliveira Santos¹

Suely Emilia de Barros Santos

Universidade de Pernambuco (UPE)

Resumo

Este estudo dirige-se à práxis profissional em saúde, sobretudo às intervenções que acontecem em territórios de abrangência do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), numa cidade do Agreste pernambucano. Teve como objetivo compreender os modos como a práxis profissional em saúde se apresenta nos territórios, visando refletir e propor possibilidades de uma ação clínica no viver cotidiano em interface com o direito à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve o diário de bordo e a roda de conversação como modalidades de intervenção/investigação, realizadas com profissionais atuantes no CAPS III e NASF. O método de análise foi a Análise do Sentido, de Critelli. Nesse diálogo, foi observado que os dispositivos ainda enfrentam obstáculos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, às intervenções intramuros e à persistência da lógica consultorial. Apesar disso, revelou-se a existência de uma organização coletiva entre os profissionais, a fim de pôr em andamento uma prática multidisciplinar.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, serviços de saúde mental, atenção à saúde, práxis multiprofissional

Abstract

This study addresses the professional praxis in health, especially the interventions that take place in territories covered by the Psychosocial Care Center (CAPS) III and the Family Health Support Center (NASF), in a city in the Agreste region of Pernambuco. It aimed to understand how the professional health praxis presents itself in the territories, aiming to reflect and propose possibilities of a clinical action in daily living in interface with the right to health. This is a qualitative research, which had the logbook and the conversation circle as intervention/investigation modalities, carried out with professionals working in the CAPS III and the NASF. The method of analysis was the Analysis of Senses, by Critelli. In this dialogue, it was observed that the devices still face obstacles related to access to health services, intramural interventions, and the persistence of the consulting logic. Despite this, it was revealed the existence of a collective organization among professionals, in order to set in motion a multidisciplinary practice.

Keywords: access to health services, mental health services, health care, multiprofessional praxis

Resumen

Este estudio aborda la praxis profesional en salud, especialmente las intervenciones que tienen lugar en territorios cubiertos por el Centro de Atención Psicossocial (CAPS) III y el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), en una ciudad de la región de Agreste, Pernambuco. Tuvo como objetivo comprender las formas en que la praxis profesional de la salud se presenta en los territorios, con el objetivo de reflexionar y proponer posibilidades de actuación clínica en el cotidiano en interfaz con el derecho a la salud. Se trata de una investigación cualitativa, que tuvo como modalidades de intervención/investigación el diario de a bordo y la rueda de conversación, realizados con profesionales que actúan en los CAPS III y NASF. El método de análisis fue la Análisis del Sentido, de Critelli. En ese diálogo, se observó que los dispositivos todavía enfrentan obstáculos relacionados con el acceso a los servicios de salud, las intervenciones intramuros y la persistencia de la lógica de consulta. A pesar de ello, se reveló la existencia de una organización colectiva entre profesionales para poner en marcha una práctica multidisciplinar.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, servicios de salud mental, atención de la salud, praxis multiprofesional

¹ Endereço de contato: Rua Capitão Pedro Rodrigues, 105, São José, Garanhuns, PE. CEP: 55294-902. Telefone: (81) 99878-1127. E-mail: giselleoliveiraps@gmail.com

Introdução

Este artigo se dirige para a *práxis* profissional em saúde nos territórios do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), lançando um olhar para a ação clínica multiprofissional. Assim, esta pesquisa revela uma leitura compreensiva do que aparece na experiência, tendo como objetivo compreender os modos como a *práxis* profissional em saúde se apresenta nos territórios em questão, refletindo sobre possibilidades de ações clínicas cotidianas relacionadas ao direito à saúde.

Consideramos importante destacar três pilares fundamentais a esta pesquisa: a ação clínica no viver cotidiano, o CAPS III e o NASF. Inicialmente, podemos dizer que a ação clínica “re-colhe os modos possíveis como os quais o paciente está podendo ser naquele momento, mas, ao mesmo tempo, questiona e pro-voca o paciente em tais modos, para novas possibilidades” (Morato & Sampaio, 2019, p. 114).

Para além de técnicas construídas a partir de um modelo preestabelecido de intervenção em saúde, a ação clínica no viver cotidiano pode se mostrar uma abertura para acolher os acontecimentos que surgem nos serviços em saúde, distanciando-se de ações encapsuladas em modelos que, muitas vezes, não acompanham a demanda dos usuários e familiares. Assim, essa ação se revela “como uma atitude de arriscar-se a desbravar outros contextos e outras intervenções clínicas” (Santos & Barreto, 2016, p. 59). Também vislumbramos, na ação clínica, a possibilidade de os usuários do sistema de saúde se apropriarem do fato de que são coparticipantes do seu acompanhamento, criando outros modos de lidar com os acontecimentos do dia a dia que suscitam sofrimento e desalojamento.

Articulada e inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a equipe multiprofissional do CAPS e do NASF possibilita aos usuários o acesso às ações de cuidado em saúde – reconhecidas pelo Art. 196 da Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Aqui fica evidenciada a interseção entre Direito e Saúde, importante para investigarmos de que forma a ação clínica pode se revelar como possibilidade de cuidado em espaços coletivamente habitados.

Nesse cenário, o CAPS III exerce um papel fundamental, como organização estratégica na rede comunitária de cuidados relacionados à saúde mental. Tem, pois, como principal missão, “dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial” (Ministério da Saúde, 2004, p. 12). O centro dialoga com o proposto pela Reforma Psiquiátrica que eclode em 1978, uma vez que “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (Ministério da Saúde, 2005, p. 6).

A Reforma começa a fazer uma “denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2005, p. 7). O processo de desinstitucionalização se fortalece a partir da Reforma Sanitária, em articulação com o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, com a apresentação de propostas referentes à criação de um modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, o que culmina no surgimento, em 1987, do primeiro CAPS em São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

O NASF, criado a partir da Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, surge como estratégia de fortalecimento das equipes de Saúde da Família, objetivando “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Portaria nº 154, 2008, p. 2).

Apesar das constantes defesas dos profissionais do NASF, o Ministério da Saúde, em janeiro de 2020, a partir da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, publicou uma nota técnica retirando do núcleo o financiamento federal. A nota técnica n. 3/2020 (Ministério da Saúde, 2020) põe a responsabilidade da formação de equipes multiprofissionais sobre os gestores municipais, que passam a ter autonomia para manter, ou não, o funcionamento do NASF. Com isso, na prática, a Atenção Básica corre o risco de perder a estratégia interventiva do NASF e as várias contribuições que um núcleo que contenha equipe multiprofissional e esteja ligado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ofertar.

Compreendemos que a assistência comunitária em saúde ganha ainda mais força quando articulada aos cuidados clínicos e à ação clínica propostos pelo CAPS e pelo NASF aos territórios. A ação clínica se mostra importante nos espaços físicos em que se inserem esses dispositivos e no viver cotidiano da comunidade que utiliza o serviço do SUS, uma vez que a ação se constitui “no acompanhar o outro na tarefa de cuidar-se na busca de apropriar-se dos modos de estar com outros e, assim, en-caminhar-se na sua existência” (Santos, 2016, p. 183).

Nesse sentido, a diversidade de profissionais que transitam por esse contexto possibilita a compreensão dos diferentes modos de intervir na comunidade, sobretudo diante da proposta de matriciamento formulada por Gastão Campos (1999), a qual preconiza a importância de uma ação interdisciplinar em que uma ou mais equipes de profissionais se responsabilizem pela atenção à saúde da população de determinado território. Importa, ainda, sinalizar que a localização dos dois serviços expõe realidades diferentes numa cidade do Agreste pernambucano, visto que o CAPS III se localiza na área urbana e o NASF transita entre as áreas urbana e rural.

É possível afirmar que este estudo lança um olhar sobre uma temática de grande relevância para o contexto social e para a produção acadêmica no que diz respeito ao direito à saúde e aos modos de intervir em diferentes espaços no cotidiano. Contribui, assim, para a compreensão da maneira como a práxis profissional em saúde se apresenta nos territórios, objetivando uma reflexão e a proposição de possibilidades de uma ação clínica no viver cotidiano relacionada ao direito à saúde. A partir dessas reflexões, toma-se a ação clínica em saúde uma ação política reivindicatória.

Metodologia

Este artigo é fruto de uma pesquisa² qualitativa e interventiva. Como apontam Barreto et al. (2019, p. 49–50),

² Esta pesquisa está abrigada sob o projeto guarda-chuva intitulado “Ação Clínica no Viver Cotidiano: Conversação sobre o Direito à Saúde”, elaborado pelo CAAE 33753220.6.0000.5191, e aprovado pelo Comitê de Ética, a partir do parecer 4.287.712.

Embora por pesquisa qualitativa se compreenda uma gama bastante abrangente de posturas epistemológicas, todas elas se caracterizam por considerarem outros modos de produção de conhecimento . . . , que não aqueles que restringem o estabelecimento (ou a descoberta) da verdade à submissão a métodos quantitativos que buscam prever, controlar e universalizar os resultados encontrados.

Portanto, partimos da seguinte questão bússola: como se mostra a práxis profissional dos serviços de saúde do NASF e do CAPS III em espaços coletivamente habitados, em um município do Agreste pernambucano?

Em uma pesquisa com ação interventiva, há “a propriedade intrusiva e modificadora da presença do pesquisador num campo de relações” (Andrade et al. 2007, p. 194). Assim, este trabalho se desenvolve em coparticipação com os participantes-colaboradores, uma vez que “o conhecimento é construído a partir da ação com o outro” (p. 198). Utilizamos as seguintes modalidades de intervenção/investigação: rodas de conversa com os participantes-colaboradores e diários de bordo escritos por duas das autoras, para recolher e construir as narrativas.

Segundo Aun (2005), os diários de bordo são contações de experiência numa narrativa escrita, não sendo tomados, pois, como relatórios descritivos, mas como “momentos de criação de sentido, testemunhando-se como registro plural e único” (p. 30). Nesse material, o pesquisador narra como se apresentaram para ele os depoimentos dos participantes, bem como o contexto em que estão inseridos.

Foram realizadas duas rodas de conversa: uma no NASF e outra no CAPS III. As rodas de conversa são compreendidas como “um encontro entre humanos, que se mostra como espaço em que histórias podem ser contadas, ou seja, uma comunicação dialógica como abertura para a criação de sentido da experiência” (Santos, 2016, p. 43).

Os participantes-colaboradores da pesquisa foram oito, dentre os quais estavam profissionais e residentes dos serviços de saúde do município, atuantes no NASF ($n = 4$) e no CAPS III ($n = 4$), das áreas de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Medicina Veterinária e Medicina. É válido elucidar que a participante-colaboradora de Medicina comunicou que acompanharia a roda de conversa em silêncio, por estar atuando no CAPS III há apenas duas semanas. Trabalhamos com uma “amostra intencional”: “um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto” (Thiollent, 1986, p. 62). Essa escolha se deu por este estudo ter uma leitura fenomenológica, considerando a singularidade dos depoimentos sem a pretensão de generalização.

A fim de mantermos o anonimato das participantes-colaboradoras, atribuímos nomes fictícios, de modo que a escolha dos nomes para as profissionais do CAPS III surgiu do trânsito e da afetação das autoras no serviço, em que foi visualizada uma grande quantidade de produções de arte e pintura expostas nas paredes, tendo sido essas realizadas pelos usuários do serviço em oficinas. Diante disso, optamos por nos referirmos às profissionais do CAPS III com nomes de importantes artistas brasileiras que se expressam a partir de pinturas, desenhos, ilustrações e afins.

Em relação aos participantes-colaboradores do NASF, a escolha dos nomes fictícios se deu pela grande quantidade de fotografias de ações realizadas pelo Núcleo em comunidades

rurais presentes nas USF. As fotografias presentes nas unidades expunham moradores das comunidades em seu cotidiano e foram tiradas por profissionais atuantes do NASF. Nesse caminho, para os nomes fictícios, optamos por nomes de artistas que marcaram a fotografia brasileira.

O método utilizado para interpretação/compreensão dos fenômenos desvelados foi a Analítica do Sentido, de Critelli (2006), elucidada didaticamente por meio de cinco possibilidades de mostração:

Desvelamento – o modo como se dará a afetação pelos depoimentos dos sujeitos/narradores. *Revelação* – o impacto que o desvelamento do fenômeno provoca (o momento da compreensibilidade). *Testemunho* – a literalização (dizer a partir das palavras dos sujeitos/narradores). *Veracização* – o depoimento acerca dos passos anteriores, articulando-os com os conhecimentos prévios encontrados durante essa produção. *Autenticação* – o momento em que, por fim, a pesquisa será levada a público, autenticando-a. (Santos, 2005, 92–93, grifos da autora).

Destacamos aqui que os cinco movimentos de mostração do real acontecem simultaneamente, sendo os fenômenos desvelados a partir da linguagem, no contato entre pessoas.

Após transcrever as narrativas e reler os depoimentos presentes nos diários de bordo, as pesquisadoras são afetadas pelos fenômenos, os quais veem a luz pela via da pré-compreensão. O que é desvelado pode então ser comunicado pela via da revelação. Em seguida, num movimento cartográfico, as pesquisadoras se fizeram testemunhas dos relatos presentes na literalização das rodas de conversação, e o que foi revelado passou a ser compartilhado. Atravessadas pelos fenômenos desvelados, revelados e testemunhados, inicia-se um diálogo com outros estudiosos que já tematizaram acerca do que se está a pesquisar, veracizando. Assim, no diálogo plural com outros olhares, o fenômeno é veracizado por meio de referências. Então, as pesquisadoras constroem um olhar singular sobre o que foi investigado, autenticando-o publicamente em suas considerações finais.

Resultados e Discussão

Cotidiano dos Dispositivos CAPS e NASF: Acesso à Saúde e Práticas do Cuidado

Durante a realização da pesquisa, foi possível tanto percorrer o espaço físico/geográfico do CAPS III e do NASF quanto lançar um olhar sobre como a práxis profissional se revela, a fim de compreender como acontece o dia a dia dos serviços nesses dispositivos.

• CAPS III

Iniciamos nossa abordagem pela compreensão do território como um espaço de abrangência do CAPS III, evidenciado na narrativa da participante Anita:

. . . de onde a gente tá no território da saúde, território é a área de . . . de abrangência de uma determinada . . . de um determinado grupo . . . E aí, eles podem estar buscando, dentro desse território, quais esses serviços que vão estar sendo oferecidos.

Percebemos que a narrativa caminha num sentido contrário à compreensão de território presente no documento “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil”,

apresentado na Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental. Esse documento aponta que território “é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (Ministério da Saúde, 2005, p. 26), o que o torna “organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (Ministério da Saúde, 2005, p. 26).

Diante disso, buscamos compreender quais são os serviços oferecidos pelo dispositivo de saúde e quais as atividades realizadas: *“Eles [os usuários] também saem. A gente até tava falando, né, de algumas atividades externas, exposição no SESC [Serviço Social do Comércio], passeio no parque, sempre tem algum . . . (Anita)”*.

As atividades externas aparecem, e, logo em seguida, a participante Haydéa narra sobre a atividade interna de atendimento à família a partir de um grupo terapêutico, destacando que não há grande adesão ao grupo por parte dos familiares dos usuários:

Os mesmos familiares. É uma conquista quando chega um diferente, é sempre um trabalho diário da gente estar lembrando eles . . . Mas, aí, também tem o estigma, né . . . do que é um usuário de CAPS, do que é uma loucura, do que é o lugar do louco, e aí eles resistem a vir! Mas existe o espaço, o espaço de família e também quando é feito visita, também tenta-se . . .

Questionamos as profissionais acerca dos motivos dessa falta de criação de vínculo, bem como sobre as medidas tomadas pelos profissionais do serviço visando ao alcance dos familiares no território. A ação da instituição de chamar os familiares ao local foi abordada na narrativa de Anita:

E existe situações que a gente precisa realmente chamar alguém da família, né . . . alguém do grupo . . . porque seria interessante que eles participassem! Tem situações que a gente precisa chamar alguém da família pra dar uma orientação, pra fazer uma intervenção . . .

Fica explícito, então, que essa atividade é realizada nos espaços físicos internos do CAPS III. É interessante questionarmos se essa atitude contribui para uma reprodução da lógica do modelo manicomial de “trazer para dentro” – e manter – as ações interventivas, que ficam circunscritas ao espaço institucionalizado. Torna-se um movimento contraditório ao que se propõe o CAPS III como uma proposta substitutiva, um “serviço de portas abertas”, como assinala a participante Haydéa:

O CAPS seria um serviço de porta aberta, né? Aqui nesse município do Agreste, nós temos dois. E esse aqui trabalha a questão . . . acolhe as pessoas com transtorno, sem encaminhamento, com encaminhamento, demanda espontânea e porta aberta. Chegou, é acolhido.

Esse depoimento realça o acolhimento ao usuário que chega até o CAPS III, revelando ser um serviço de porta aberta para receber quem o procura – usuários e familiares.

Entretanto, duas questões permanecem: a equipe profissional atravessa a porta aberta e vai território afora, ao encontro dos usuários e familiares? Como se dá o vínculo extramuros, o vínculo a partir do território? Vimos, nas narrativas, que a equipe não costuma sair com frequência para o território em que estão, o que pode alimentar o estigma e a compreensão

da família de que o CAPS III é um espaço em que transitam os “loucos”, como assinalado por Haydéa, remetendo à lógica manicomial. Percebemos, dessa forma, o quanto ainda se faz necessária a atitude de “desencastelar-se”³ mediante uma prática que se consolide nos territórios. Isso configuraria uma mudança diante da lógica manicomial, que pode ser reproduzida pelos profissionais em serviço e estender-se a quem é usuário.

Compreendemos, também, que existe uma parte do trabalho que é realizada pela equipe fora da instituição. As participantes-colaboradoras sinalizaram a realização de visitas domiciliares, as quais expressam uma “atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento” (Ministério da Saúde, 2015, p. 12). Para além das visitas domiciliares, também acontece o matriciamento de usuários e de equipes e os atendimentos de urgência e emergência.

Nesse sentido, evidenciamos, na narrativa de Haydéa, a realização de atividades externas, demonstrando a atenção em rede que se faz no território, para além da estrutura física do CAPS III:

A gente atende a família, a gente vai pra os serviços de saúde. Com o usuário, o trabalho é aqui e são realizadas visitas. Mas é principalmente nas campanhas, né . . . da saúde . . . Pra planejar a campanha, a gente sempre tá atuando e cotidianamente fazendo o matriciamento nas unidades de saúde, né? . . . tentando trazer alguma coisa, levar alguma coisa.

Essa ação expõe outro modo de fazer dos profissionais da equipe, revelando uma práxis profissional que se aproxima das diretrizes apontadas pela política pública de saúde mental, uma vez que “o apoio matricial e a participação numa Equipe de Referência, especialmente na atenção básica, constituem uma forma de trabalho que se aparta radicalmente do fazer tradicional” (Campos & Guarido, 2007, p. 94).

Quanto a possibilidades de intervenção, as realizações das atividades de grupo com os usuários são pensadas e definidas em reunião coletiva, que acontecem semanalmente, com os profissionais do local, como exposto pela participante Tarsila: “. . . tem a reunião da segunda-feira, aí cada paciente, que é acolhido inicialmente, a gente faz uma triagem desse paciente nessa reunião pra definir qual é o melhor grupo que ele deve ficar.”

Também em reunião, é pensado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerado pelo Ministério da Saúde (2015) como um projeto que visa a um acompanhamento atencioso nos contextos social e familiar e desenvolve ações que garantam um cuidado integral à saúde. O projeto, além disso, estimula a integração, a grupalização e a socialização, articulando-se com a Rede Intersectorial, a fim de garantir um acompanhamento longitudinal. Dessa maneira, “a organização do trabalho em uma rede diversificada pode potencializar a atuação das equipes inseridas em diferentes pontos e proporcionar trocas de saberes entre os trabalhadores e maior articulação entre os serviços” (Moreira, 2017, p. 169).

Com isso, observamos o trabalho em equipe, que Campos e Guarido (2007) chamam de “clínica invadida”, cujo intuito é “permitir que o meu saber, no qual investi anos, gastei bas-

³ Movimento de saída dos espaços físicos do serviço em direção aos territórios. O desencastelar-se está atrelado à ação clínica no viver cotidiano em arru(a)ção (ação de abrir caminhos de intervenção com-outros) (Santos, 2016).

tante energia, tempo e dinheiro, a partir da necessidade de um usuário possa ser discutido e até questionado” (p. 94). Nessa perspectiva, segundo as autoras citadas,

. . . através das equipes multidisciplinares, há uma mudança na condução dos atendimentos, supera-se a prática da clínica individualizada e solitária, para uma prática mais ampliada, que leva em conta o saber de cada profissional da equipe, para compreensão da realidade social dos usuários e elaboração de um projeto planejado coletivamente (Campos & Guarido, 2007, p. 96).

Pudemos constatar, por meio das narrativas das participantes-colaboradoras, que a equipe do CAPS III tem a preocupação de manter contato com os demais dispositivos do SUS no município, pois entendem que o CAPS não é o único responsável pelo cuidado e pela garantia de acesso à saúde. Uma das pesquisadoras ilustra essa percepção num dos diários de bordo:

. . . à medida em que fomos conversando e que minhas perguntas foram surgindo a partir da narrativa delas, pude compreender que o trabalho da equipe do CAPS III não se restringe apenas à casa onde se localiza o serviço, uma vez que os profissionais fazem visita domiciliar, bem como se aproximam dos outros dispositivos e estratégias da rede, tais como o NASF e a Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, pude compreender . . . que o trabalho multiprofissional acontece, sendo, inclusive, reconhecido pelos usuários.

Finalmente, compreendemos que o trabalho realizado no CAPS III, em relação à organização da equipe, dialoga com mais uma das diretrizes da RAPS, voltada para a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” (Ministério da Saúde, 2015, p. 7), contribuindo para o acontecer de uma atenção em saúde que se aproxima de alguns aspectos preconizados pelo SUS: integralidade, trabalho em rede e descentralização do cuidado.

- *NASF*

Os serviços ofertados pelo NASF são guiados por e direcionados ao apoio e à ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa que se baseia no cuidado a partir da aproximação com a família e a comunidade. O NASF se configura como uma estratégia de apoio e de integração entre os profissionais das unidades e o próprio núcleo. Sua oferta de serviços “deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas” (Ministério da Saúde, 2009, p. 8).

No município em que a pesquisa foi realizada, o núcleo investigado realizava a cobertura de 17 postos, sendo 10 deles em zona urbana e 7 em localidades rurais e quilombolas. Percebemos que, graças à maior quantidade de postos em relação à de profissionais, a participação de algumas áreas ocorre apenas uma vez ao mês, o que torna as comunidades rurais as mais prejudicadas, conforme a narrativa do participante Mário:

. . . *somos uma equipe de cinco profissionais e temos dez unidades! . . . Então, o cuidado não é integral, porque a gente não consegue fazer esse atendimento multiprofissional, né? Várias situações a gente vai de forma individual para cada unidade!*

O depoimento nos faz refletir sobre a integralidade como “forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da ‘intervenção pura’, tentando alcançar os contornos do

que se compreende como ‘cuidar’, no âmbito da construção dos serviços de saúde” (Carnut, 2017, p. 1180). A ação integrada prevê o compartilhamento de saberes entre a equipe e pressupõe o acesso do usuário a serviços integrados de recuperação e de prevenção, tal como previsto na Lei n. 8.080/90, que regula ações isoladas ou conjuntas nos serviços de saúde (Lei nº 8.080, 1990). O contexto que Mário cita como uniprofissional nos direciona a pensar sobre os obstáculos encontrados na prática multiprofissional diante da carência de profissionais.

Os atendimentos de profissionais de várias especialidades nas Unidades de Saúde da Família (USF) em comunidades rurais enfocam, geralmente, casos considerados urgentes e se constituem, frequentemente, de visitas às residências. Isso porque, muitas vezes, o trajeto dos moradores à unidade de saúde é dificultoso. Apesar da dificuldade de o NASF encobrir as comunidades rurais do município, são nesses espaços que há uma maior adesão ao serviço por parte dos moradores. Sobre esse atendimento nos territórios rurais, ao mesmo tempo que é descrita uma participação dos usuários nas atividades ofertadas pelas USF, apontam-se também as particularidades do NASF nessas localidades, conforme narrado em trecho do diário de bordo de uma das autoras:

Enquanto em comemorações e reuniões organizadas nos postos da cidade a média fica entre 10 e 20 pessoas, a quantidade de moradores que frequentavam os grupos naquele posto da zona rural era bem maior, apesar da distância e do difícil acesso em dias de chuva. Os relatos da equipe me fizeram pensar nas estratégias encontradas pela comunidade em acessar as atividades oferecidas pelo NASF, pertencentes a uma unidade que é para a comunidade o local mais próximo, tratando-se de acesso à saúde.

Assim, destacamos a importância de se pensar saúde como direito social e humano, principalmente quando as adversidades da saúde pública convergem com violações dos direitos de populações vulneráveis. Nas palavras de Oliveira et al. (2017, p. 21–22), “O direito à saúde advoga critérios socioculturais que contribuam para a saúde de todas as pessoas, incluindo a acessibilidade a serviços de saúde, condições de trabalho, habitação, transportes de boa qualidade”.

Além dos percalços nos atendimentos multiprofissionais, a equipe relata obstáculos na realização de discussões dos casos, afastando-se, dessa forma, das diretrizes, em que o esperado é uma abordagem “centrada no usuário e com base em discussões de casos, e não encaminhamentos” (Ministério da Saúde, 2014, p. 45). Acerca disso, temos os seguintes depoimentos de dois participantes:

Hermínia: *A gente para uma vez no mês, quando a gente vai montar o cronograma. Aí, a gente conversa sobre os casos, conversa sobre o PSF [Programa de Saúde da Família].*

Mário: *Que é uma reunião de planejamento, de tudo né? . . . Então fica bem apertado! . . . Tipo . . . A gente não constrói PTS . . .*

Desse modo, a elaboração do PTS, que prevê um acompanhamento mediante “uma maior participação do sujeito na elaboração, aplicação e avaliação de seu projeto terapêutico, incentivando a participação da família no processo de cuidado com intenção de facilitar a reinserção social do indivíduo em seu meio” (Baptista et al., 2020, p. 2), deixa de ser realizada.

Em se tratando do trabalho conjunto entre NASF e USF em área urbana, um dos trabalhos previstos pelas equipes são as visitas domiciliares, que se destinam ao acompanhamento e

à assistência em saúde de necessidades concretas. Sobre as visitas, a participante Gioconda descreve:

A partir da minha área de veterinária, a gente tem que diagnosticar no território o que é que tá influenciando para o surgimento de algumas doenças relacionadas aos animais que afetam a população. Então, pra mim, a maior parte são as visitas, ao invés de ficar dentro do postinho, porque é a partir dessas visitas que eu consigo traçar uma linha de pesquisa.

O depoimento vai ao encontro do que é previsto pelas normativas do SUS, o qual relata uma ação que busca localizar a doença no território e delinear caminhos de tratamento e de prevenção. É substancial pensar que o processo de territorialização na saúde, objetivando a promoção de uma “relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços” (Faria, 2020, p. 4522), torna-se limitado quando as práticas se restringem ao local da USF, mostrando-se insuficientes diante dos movimentos e das necessidades de cada território.

No tocante às potencialidades, os profissionais descrevem as seguintes estratégias indicadas pelas diretrizes do NASF: a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e a Educação Permanente. No que diz respeito à Residência, essa surge como “formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas” (Silva, 2018, p. 206), caracterizando-se, nesse contexto, como uma possibilidade de melhor integralidade dos profissionais. Segundo a participante Izabel,

A gente realmente também sempre contribui, por exemplo, é uma outra enfermeira, um outro psicólogo, uma assistente social que é uma especialidade que não tem nessa equipe de NASF. Então, de alguma forma, a gente contribui para tentar produzir uma integralidade.

Em se tratando da Educação Permanente, essa apareceu como estratégia para maior compreensão e discussão sobre o funcionamento e o papel dos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2009), esse programa possibilita uma constante análise acerca das ações dos profissionais, intencionando tanto a formação quanto a transformação de algumas práticas. A Educação Permanente também compreende um olhar que inclua as afetações dos profissionais, como se vê na fala do participante Mário:

. . . uma vez por mês, a gente tá conseguindo realizar entre os profissionais do NASF a educação permanente, que é algo que tava parado, não tava acontecendo. Mas, aí, a secretaria já tá reservando um dia e a gente consegue se reunir e tá trabalhando todos os programas da atenção básica.

Assim, tanto a Residência Multiprofissional em Saúde Mental quanto o projeto Educação Permanente representam estratégias que, já previstas pelas diretrizes do SUS, têm como foco uma aproximação dos serviços ofertados com a concepção de atenção integral e uma articulação entre os dispositivos de saúde.

Não obstante os obstáculos, algumas dessas atitudes resistem, como podemos ver no trecho do diário de bordo de uma das autoras:

. . . percebo que, durante parte da minha caminhada pelo território, existem ações que resistem, tanto dos profissionais do NASF quanto de residentes que conseguem fazer, mesmo em meio às tribulações, atuações que se conectam efetivamente com a comunidade. E nessas estratégias, tanto por parte dos profissionais quanto dos moradores (como citado também em relação à grande adesão das atividades em comunidades rurais), a população vai, aos poucos, tendo contato com a noção de um sistema de saúde que tem como um dos principais pressupostos a descentralização do cuidado.

Nessa direção, fica evidenciado que o território é o espaço de intervenção do NASF. É preciso “desencastelar” as ações de cuidado em saúde para se aproximar das comunidades e construir, em coparticipação, estratégias de cuidado que integrem educação e saúde.

Considerações Finais

Compreendemos que o CAPS III caminha na tentativa de se aproximar do que é proposto pela Reforma Psiquiátrica, que sugere a ação mediante uma rede de cuidados articulada e comunitária para as pessoas em sofrimento mental. A instituição em questão realiza ações de acompanhamento, de apoio e de intervenções, por vezes, descentralizadas, mas ainda concentra a maioria delas em espaços físicos do próprio centro. Consideramos essas propostas intramuros, mesmo que compartilhadas entre profissionais de diferentes áreas, num cuidado integralizado à saúde, e articuladas à rede intersetorial da cidade.

No concernente ao NASF, os profissionais expõem estratégias de aproximação com o que é proposto nas diretrizes, estratégias que se encaminham à integralidade e à interdisciplinaridade do cuidado. Apesar disso, ainda se apresentam obstáculos para esse processo, a exemplo da predominância dos atendimentos ambulatoriais nos espaços físicos das USF, de forma uniprofissional, aproximando-se da lógica consultorial.

Diante desse contexto, foi possível perceber um afastamento com relação às diretrizes da RAPS e da ESF, uma vez que, num primeiro momento, as atividades parecem se distanciar do território e se restringir, grande parte das vezes, ao espaço físico tanto do CAPS III quanto das USF onde o NASF se insere. Assim, há necessidade de encaminhar uma ação clínica comprometida com o desencastelamento das ações que se encontram engessadas num modo de fazer intramuros, bem como de repensar estratégias de cuidado em saúde, a fim de caminhar no sentido contrário ao modelo dos manicômios e de alcançar, cada vez mais, os usuários em seu cotidiano, no território onde convivem. Desse modo, é preciso, a todo momento, uma atenção e um cuidado para que as pessoas envolvidas no processo terapêutico – usuário, familiares e profissionais – não reproduzam a lógica do modelo manicomial.

Ainda, mostra-se necessário o olhar sobre as várias circunstâncias que se relacionam ao acesso da população aos serviços de saúde, como transporte, habitação e profissionais que percebam as particularidades dos diferentes territórios. Dispositivos de Atenção Básica como o NASF apresentam um papel importante quando pensamos em uma abordagem em saúde que busque, a partir dos Direitos Humanos, reparar desigualdades que são refletidas cotidianamente na acessibilidade aos serviços sanitários.

Destacamos como uma limitação deste estudo o fato de a pesquisa ter sido encaminhada em apenas dois dispositivos que compõem a RAPS, tendo em vista que o município se constitui com outros serviços que não foram abrangidos. Como desdobramentos, buscamos

ampliar essa discussão, levando esta pesquisa para ser apresentada em eventos científicos, bem como em encontros com profissionais de saúde.

É possível afirmar que esse estudo possibilita lançar um olhar sobre como se desvela a práxis multi e interprofissional das equipes do CAPS III e do NASF nos territórios, relacionando-a ao que é proposto pela Política de Saúde Mental e Atenção Primária, e associando-a à rede intersetorial do município. No entanto, visualizamos que esse movimento ainda solicita a promoção de espaços de criação coparticipativa de outras possibilidades, para encaminhar uma práxis multiprofissional cada vez mais aproximada com as políticas públicas, podendo esse ser outro desdobramento para próximas pesquisas.

Este trabalho se apresenta, portanto, como uma produção acadêmica cuja temática tem grande relevância social, abordando uma possibilidade de pensar intervenções no território, mediante a ação clínica, em diferentes espaços do cotidiano, e intentando estabelecer um diálogo entre universidade, serviços de saúde e comunidade. Com isso, tivemos o propósito de pensar sobre uma intervenção contextualizada e comprometida com a realidade social numa interlocução contínua com o direito à saúde.

Referências

- Andrade, A. N., Morato, H. T. P., & Schmidt, M. L. (2007). Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In M. M. P. Rodrigues, P. R. M. Menandro (Orgs.). *Lógicas metodológicas: Trajetos de pesquisa em psicologia* (pp. 193-206). Programa de Pós-graduação da UFES/ GM Gráfica Editora.
- Aun, H. A. (2005). *Trágico avesso do mundo: Narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).
- Baptista, J. A., Camatta, M. W., Filippon, P. G., & Schneider, J. F. (2020). Projeto terapêutico na saúde mental: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
- Barreto, C. L. B. T. B.; Prado, R. A. A., & Leite, D. F. C. C. S. (2019). Hermenêutica filosófica de Gadamer e pesquisa em Psicologia. In B. E. B. Cabral et al. (Orgs.). *Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: Experimentações em psicologia* (pp. 49–66). CRV.
- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: Suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica*. (pp. 82-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 4(2), 393–403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 41(115), 1177–1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- Critelli, D. M. (2006) *Analítica do Sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica* (1ª ed.). Brasiliense.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

- Faria, R. M. (2020). A Territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4521–4530. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
- Lei nº 8.080, de 11 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Documento apresentado à Conferência Regional de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Ministério da Saúde. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família*. (Cadernos de Atenção Básica, vol. 27).
- Ministério da Saúde. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano*. (Cadernos de Atenção Básica, vol. 39).
- Ministério da Saúde. (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*.
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/DESF/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2020. *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
- Morato, H. T. P., & Sampaio, V. F. (2019). A escuta clínica como um pesquisar fenomenológico existencial: Uma possibilidade no horizonte da realização da existência. *Arquivos do IPUB*, 1, 102–115. <https://www.ipub.ufrj.br/wp-content/uploads/2019/04/v1n1a08.pdf>
- Moreira, M. I. B. (2017). Protagonismo de usuários de serviços de saúde mental e familiares nas ações de pesquisa, extensão e ensino-aprendizagem em saúde. In B. E. B. Cabral, C. L. B. T. Barreto, M. J. Kovács, & M. L. S. Schmdt (Orgs.). *Prática psicológica em instituições: Clínica, saúde e educação* (pp. 167-181). CRV.
- Oliveira, M. H. B., Erthal, R. M. C., Vianna, M. B., Matta, J. L., Vasconcelos, L. C. F., & Bonfatti, R. J. (2017). *Direitos Humanos e Saúde: Construindo caminhos, viabilizando rumos*. Cebes.
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: Alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200–209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- Santos, S. E. B. (2005). *A experiência de ser ex-esposa: Uma oficina sociopsicodramática como intervenção para problematizar a ação clínica* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil).
- Santos, S. E. B. (2016) *“Olha!... Arru(A)ção!?!...” A Ação Clínica no Viver Cotidiano: Conversação com a Fenomenologia Existencial* (Tese de Doutorado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil).

Santos, S. E. B., & Barreto, C. L. B. T. (2016). Ação clínica no viver cotidiano: Um diálogo com a fenomenologia existencial. In C. L. B. T. Barreto, A. L. Francisco, & S. D. B. Walckoff. *Prática psicológica em Instituição: Diversas perspectivas* (2ª ed., pp. 45-63). CRV.

Thiollent, M. (1986). *Metodologia da Pesquisa-ação*. Cortez.

Recebido em: 17/08/2022

Última revisão: 15/11/2022

Aceite final: 15/12/2022

Sobre as autoras:

Maria Letícia Pereira da Silva: Psicóloga pela Universidade de Pernambuco (UPE). Residente em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Integrante do Laboratório de Estudos em Ação Clínica e Saúde da UPE (LACS/UPE/CNPq). **E-mail:** leticiapereirapsico@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-4998-9289>

Giselle Oliveira Santos: Mestranda em Psicologia Práticas e Inovação em Saúde Mental (PRISMAL) pela Universidade de Pernambuco (UPE). Aluna da Especialização em Fenomenologia Decolonial e Clínica Ampliada pelo Núcleo de Clínica Ampliada Fenomenológica Existencial (NUCAFE). Integrante do Laboratório de Estudos em Ação Clínica e Saúde da UPE (LACS/UPE/CNPq). Psicóloga técnica no Programa TransVERgente (UPE/FIOCRUZ/UFCG). **E-mail:** giselleoliveiraps@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-3823-1835>

Suely Emilia de Barros Santos: Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professora da Universidade de Pernambuco (UPE) – *Campus* Garanhuns. Pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia, Práticas e Inovação em Saúde Mental (PRISMAL) e de Saúde e Desenvolvimento Socioambiental (PPGSDS). Coordenadora do grupo de pesquisa Laboratório de Estudos em Ação Clínica e Saúde (LACS/UPE/CNPq) e do Serviço de Atenção Psicológica (SAP/UPE). Membro do grupo de trabalho (GT) “Prática Psicológica em Instituições: Atenção, desconstrução e invenção”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). **E-mail:** suely.emilia@upe.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-6249-7487>