

Capacidade de resposta do NASF em saúde mental

Magda Dimenstein¹ (ORCID: 0000-0002-5000-2915) (magda.dimenstein@ufrn.br)

João Paulo Macedo² (ORCID: 0000-0003-4393-8501) (jampamacedo@gmail.com)

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva³ (ORCID: 0000-0003-1150-8291) (brisanaindio@gmail.com)

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

² Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Parnaíba-PI, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

Resumo: Objetivou-se analisar a capacidade de resposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em saúde mental em três estados nordestinos a partir do II e III Ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados foram analisados em nível estadual, nos municípios pertencentes ao G1 e nos 48 municípios que concentram simultaneamente assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Identificaram-se aspectos mais e menos favoráveis em termos da oferta de ações em saúde mental que atravessam os dois ciclos avaliativos. Os dados demonstram a possibilidade de um efetivo compartilhamento de responsabilidades e de coordenação do cuidado entre o NASF e as equipes de AB. Entretanto, em relação às demandas de cuidado referentes ao uso de substâncias psicoativas, em ambas as avaliações e nos três níveis de estratificação, as equipes NASF obtiveram desempenho menos favorável, indicando que a capacidade de resposta ao sofrimento associado ao uso de álcool e outras drogas é menos efetiva, precisando ser reforçada e aprimorada na APS.

► **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. NASF. Saúde Mental. Capacidade de Resposta. PMAQ-AB.

Recebido em: 29/03/2022 Aprovado em: 08/08/2022 Revisado em: 08/10/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333017>

Editor responsável: Martinho Silva Pareceristas: Sanny Baeta Mello e Maria Lucia Bosi

Introdução

Como parte de uma investigação mais ampla voltada à saúde mental de populações moradoras de assentamentos rurais e de comunidades quilombolas em três estados nordestinos, o presente estudo buscou responder algumas indagações sobre a efetiva capacidade de resposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de ofertar cuidados em saúde mental na Atenção Primária (APS), programa criado em 2008 com o objetivo de ampliar a capacidade de resposta da APS, orientando-se pelas diretrizes gerais do SUS. Objetivou-se conhecer a contribuição dessas equipes na oferta de cuidados territoriais e comunitários tal como preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental/PNSM. Para tanto, tomou como base a análise dos resultados obtidos pelas equipes dos estados do Rio Grande do Norte-RN, Ceará-CE e Piauí-PI nos II e III Ciclos de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB é um programa implementado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de avaliar e acompanhar o desempenho das equipes de Atenção Básica (AB) no país, auxiliando no planejamento das ações e na melhoria da qualidade da atenção. Até o momento foram realizados três Ciclos de avaliação, porém, as equipes NASF só participaram dos dois últimos realizados em 2013 e 2017, respectivamente. As limitações desse modelo avaliativo têm sido alvos de discussão no campo acadêmico e profissional e não podem ser desconsideradas nas análises acerca da capacidade de resposta de uma equipe, serviço ou sistema de saúde. Há críticas tanto no que se refere à ausência de uma base ontológica-epistemológica clara, apesar da sua evidente vinculação aos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto ao fato de que se afasta em muitos aspectos dos modelos emergentes de avaliação em saúde que buscam contemplar diferentes dimensões do trabalho em saúde, segmentos sociais, atores envolvidos, enfim, a complexidade dos cenários e a singularidade histórica e temporal de cada (sub)sistema de saúde. Estes aspectos pedem lentes analíticas igualmente complexas que, por sua vez, não favorecem as generalizações geradas pelos modelos de cunho positivista, associados à epidemiologia e modelos biomédicos clássicos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020).

Além disso, há críticas bastante consistentes voltadas ao formato e à organização da ferramenta, às suas propriedades psicométricas e ausência de validação, às distorções no processo de coleta de dados nos serviços de saúde nas diferentes

regiões do país e análise dos resultados, à descontinuidade do processo avaliativo, enfim, à sua real eficiência e aplicabilidade na APS. Em razão disto, o Ministério da Saúde (MS) em 2020 substituiu o PMAQ pelo PCATool-Brasil intencionando corrigir essas distorções (BRASIL, 2020). Acerca dessa substituição, Figueiredo *et al* (2022) destacaram claramente os limites e potencialidades dos dois instrumentos. Entretanto, até o presente momento, as equipes NASF não foram contempladas pelo PCATool-Brasil, revelando o quão importante e estratégica ainda é a avaliação do PMAQ, a despeito de todos os problemas acima indicados, pois representa um avanço na institucionalização de processos avaliativos em saúde no país, principalmente em municípios de pequeno porte e de equipes que assistem populações tradicionais como é o foco deste trabalho.

Devido às críticas em relação à extensão e dificuldades na aplicação do PMAQ, entre um processo avaliativo e outro houve alterações importantes na ferramenta, particularmente, nos itens que avaliam as ações em saúde mental. O número de questões não só foi reduzido, assim como o escopo das ações avaliadas, com perguntas direcionadas quase que exclusivamente à oferta de cuidados relacionados ao uso de substâncias psicoativas, acompanhando, possivelmente, a crescente demanda por serviços de saúde primários e especializados, já que se trata de uma problemática que tem se agravado ao longo dos anos, gerado forte apelo social e político, desafiando as equipes da APS a buscar respostas, na maior parte das vezes, sem o devido apoio institucional.

Este artigo visa, portanto, contribuir com os estudos avaliativos em torno dos cuidados primários em saúde mental ofertado por equipes da APS, em particular, pelo NASF. A inserção dessas equipes em territórios remotos e de difícil acesso, com baixa cobertura assistencial e amplas barreiras de acesso aos cuidados em saúde, no contexto de vida de grupos sociais específicos que reiteradamente são “esquecidos” nas políticas públicas, como é o caso de assentados rurais e de populações quilombolas, reveste-se de grande importância, pois representam, grande parte das vezes, a única alternativa de suporte à saúde acessível. Embora estejam contemplados na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013) e nas Políticas de Promoção de Equidade em Saúde (BRASIL, 2013), no que se refere à saúde mental, observa-se nesses documentos a total ausência de diretrizes que orientem o trabalho das equipes de acordo com as necessidades dessas populações, com as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais de cada território.

Assim, a “interdependência entre condições socioeconômicas, características dos territórios, padrões culturais, histórias de vida dos indivíduos e os agravos em saúde e morbidades psiquiátricas” (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 541), bem como o efeito cumulativo das iniquidades sociais na saúde mental, são aspectos que estão presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais do NASF, evidenciando a complexa teia de determinações que incide sobre as experiências de sofrimento psíquico e os desafios associados a um adequado e eficaz rastreamento, manejo e continuidade de cuidados dessas situações, considerando as particularidades desses contextos de vida.

Metodologia

A análise dos resultados do II e do III Ciclos do PMAQ-AB nos três estados nordestinos foi realizada com base nas respostas das equipes aos itens do questionário que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental, conforme Gerbaldo (2017) e Rocha (2017). Com base nos autores, os itens com maior capacidade de avaliação nos dois ciclos nos dão pistas importantes se o NASF tem conseguido ofertar um cuidado em saúde mental abrangente, contínuo e de qualidade no âmbito da Atenção Primária. Os itens indicam, por exemplo, se as equipes realizam estratificação de risco para orientar a gestão do cuidado e a programação da agenda de trabalho, se há o registro e o acompanhamento dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico no território, bem como se há oferta de atendimento em grupo e de ações de prevenção, promoção e educação em saúde mental na comunidade.

De acordo com esse critério, no II Ciclo foram selecionadas 20 perguntas, correspondentes aos seguintes itens: 4.6.6.8; 4.13.2.9 e o item específico da Saúde Mental 4.15 que é composto por 18 questões. Em relação ao III Ciclo, a análise foi realizada com base nas respostas das equipes a 9 perguntas, correspondentes aos seguintes itens: 4.9.2.4 e o item específico da Saúde Mental 4.11 que engloba 8 questões. Seguindo a orientação do dicionário de respostas do PMAQ-AB, apenas aquelas consideradas válidas, com respostas sim ou não, foram analisadas nesse trabalho.

A análise das respostas a esses itens nos dois ciclos foi estratificada em três diferentes níveis: I. No âmbito estadual, observando o desempenho das equipes em cada estado; II. Nos municípios dos três estados que pertencem ao G1 – Grupo de municípios com baixo desenvolvimento e baixa oferta de serviços (VIANA *et al.*,

2018); III. Nos 48 municípios dos três estados que registram simultaneamente a presença de assentamentos de reforma agrária e de comunidades quilombolas.

Essa estratificação foi delineada e justificada em estudo anterior (DIMENSTEIN *et al.*, 2021a) com base em hipóteses de que por se tratar de povos tradicionais, de populações vulneráveis de difícil acesso e de moradores de áreas rurais, as equipes de saúde, em particular, o NASF, ainda não responde adequadamente, havendo uma grande distância entre as necessidades de tratamento em saúde mental e sua oferta, especialmente nos municípios que concentram simultaneamente assentamentos de reforma agrária e comunidades quilombolas. Assim, buscamos conhecer se as equipes NASF tiveram resultados mais ou menos favoráveis nos territórios que contam com populações tradicionais e que apresentam dificuldades quanto a cobertura de serviços de atenção psicossocial.

Resultados

Tabela 1. Equipes NASF respondentes ao PMAQ-AB nos três estados

Equipes NASF	CE	RN	PI	Total
Participantes do II Ciclo PMAQ	145	57	86	288
Participantes do III Ciclo PMAQ	230	160	229	619

Fonte: os autores.

Tabela 2. Equipes NASF pertencentes aos municípios do G1

Equipes NASF	CE	RN	PI	Total
Participantes do II Ciclo PMAQ	118	38	68	224
Participantes do III Ciclo PMAQ	188	132	199	519

Fonte: os autores.

Tabela 3. Equipes NASF que dão cobertura aos 48 municípios com comunidades quilombolas e assentamentos rurais

Equipes NASF	CE (14 municípios)	RN (15 municípios)	PI (19 municípios)	Total (48 municípios)
Participantes do II Ciclo PMAQ	24	05	09	38
Participantes do III Ciclo PMAQ	26	15	23	64

Fonte: os autores.

II Ciclo PMAQ-AB

Participaram do II Ciclo do PMAQ-AB em 2013, 288 equipes NASF, das quais 77,8% (n = 224) operam em municípios pertencentes ao G1 e dentre estas, 16,9% (n = 38) dão cobertura aos 48 municípios com comunidades quilombolas e assentamentos rurais no seu território. Em termos gerais, o percentual de respostas válidas na maior parte das perguntas referentes à saúde mental foi bastante significativo, tal como pode ser observado a seguir:

Tabela 4. Percentual de respostas válidas dos itens referentes à Saúde Mental do II Ciclo do PMAQ-II

Itens referentes à Saúde Mental	Percentual de respostas válidas
4.6.6.8 - Quais os temas das atividades de educação permanente? Saúde Mental.	67,4%
4.13.2.9 - De que forma o NASF realiza esse apoio às ações de reabilitação? Atendimento individual ou coletiva nos casos de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.	90,3%
4.15.1 - O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental?	98,6%
4.15.2 - Quais ações o NASF realiza para o cuidado em saúde mental? (Questões de 1 a 8)	86,8%
4.15.3 - O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, casos com uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool ou outras drogas?	98,6%
4.15.4 - Quais ações o NASF realiza para o cuidado das pessoas com uso abusivo, prejudicial de álcool e outras drogas? (Questões de 1 a 8)	78,8%

Fonte: os autores.

Analisando-se mais detidamente essas questões, no que se refere às atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), especificamente sobre os temas das atividades desenvolvidas e dentre eles, o de saúde mental, nota-se que foi a que registrou percentual mais baixo de respostas válidas. Dentre as respostas válidas, ou seja, que responderam sim ou não, 75,8% indicam que as equipes NASF abordam a saúde mental nas suas atividades de EPS, com destaque para o RN. Esse percentual tem uma leve redução quando se observa as respostas das equipes que estão nos municípios que pertencem ao G1, passando de 75,8% para 74,2%. Ao tratar das 38 equipes que dão cobertura aos 48 municípios com assentamentos e comunidades quilombolas, o percentual cai de 75,8% para 65,4%. Essa redução é mais fortemente visível no RN e no PI, passando de 91,7% para 50% e de 73,1% para 57,1%, respectivamente.

No bloco referente às ações de reabilitação, o item 4.13.2.9 refere-se ao apoio e à oferta de atendimento individual ou coletivo pelo NASF nos casos de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Nesse sentido, 84,6% das respostas válidas indicam a oferta desse suporte, havendo uma pequena queda quando se observa as equipes inseridas nos municípios do G1 (83,3%). Entretanto, nos 48 municípios com povos tradicionais, esse percentual se mantém ou até aumenta, como é o caso do RN, que passa de 88,7% para 100%, havendo uma queda apenas no PI, que cai de 82,4% para 77,8%.

O bloco específico da Saúde Mental – 4.15 – concentra quatro itens que se subdividem em 18 questões. No que diz respeito ao acompanhamento conjunto dos casos com as equipes de AB – 4.15.1 – nota-se o mesmo cenário acima descrito, pois 88% dos NASF dos três estados discutem, atendem e acompanham conjuntamente pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, percentual que cai um pouco nos municípios do G1 (87,7%), mas que é ampliado no CE (90%) e RN (100%) quando observamos a realidade dos 48 municípios. Esse resultado indica o papel crucial que o NASF tem nesses territórios com povos tradicionais e que quanto menos recursos e equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS disponíveis, mais as equipes NASF trabalham conjuntamente com a AB na saúde mental.

Em relação às ações do NASF em saúde mental, correspondente ao item 4.15.2 do PMAQ, 77,6% das respostas válidas indicam que as equipes dos três estados participam de discussão e pactuação com as equipes da Atenção Básica sobre critérios e fluxos para atendimentos dos casos de saúde mental na própria unidade. Esse quadro se mantém entre as equipes do G1 (77,2%) e aumenta para 80% nos

48 municípios, indicando que a parceria e a corresponsabilização entre o NASF e os profissionais da Estratégia Saúde da Família/ESF e Agentes Comunitários de Saúde/ACS estão ocorrendo, especialmente, nos territórios mais vulneráveis.

Em termos do suporte das equipes NASF para os outros profissionais na tomada de decisão acerca do compartilhamento dos casos em outros pontos de atenção da rede de saúde, 88,4% das respostas válidas mostram que os NASF dos três estados ofertam esse suporte, havendo uma leve diminuição nos 48 municípios (83,3 %), mas aumento nos municípios do G1 no CE (89,7%) e RN (94,4%). Isso demonstra que em nível regional e no próprio município há articulação entre as equipes de diferentes serviços de saúde seja da RAPS, seja hospitalar, fora de seu território de adscrição. Quanto ao acompanhamento individual ao usuário e/ou seu grupo familiar, 94,4% das respostas válidas indicam que as equipes NASF dos três estados realizam essa atividade. Esse alto percentual foi identificado também entre as equipes dos municípios do G1 (94,8%) e dos 48 municípios (96,7%), indicando que é uma das atividades prioritárias do NASF. Essa mesma realidade foi observada em relação ao atendimento domiciliar conjunto ao usuário e/ou seu grupo familiar. Quase todas as equipes dos três estados (91,2%) realizam, percentual que se mantém entre as equipes do G1 (91,2%) e aumenta para 93,3% nos 48 municípios com povos tradicionais.

Quando avaliamos o auxílio prestado pelo NASF às equipes AB no manejo ou redução da dose dos psicofármacos, observa-se que esse foi um dos resultados mais preocupantes, pois o índice alcançado pelas equipes nesse quesito caiu para 56,8% nos três estados. A situação fica mais grave nos municípios do G1 (55,4%) e nos 48 municípios (50%), dentre os quais os do CE alcançam valores menores (44,4%). Isso significa que o NASF encontra dificuldades de dar suporte à ESF e/ou ACS no manejo de psicofármacos, situação que pode estar associada ao fato de que nem todas as equipes possuem psiquiatras e/ou farmacêuticos, profissionais fundamentais nessa tarefa. A composição das equipes é definida pelos gestores municipais, de acordo com o tamanho do município, com as necessidades do território e com a disponibilidade de profissionais. Dessa maneira, a contratação de profissionais, a organização do processo de trabalho e a oferta de cuidados em saúde mental sofrem interferência direta das decisões políticas, que muitas vezes restringem as equipes à composição mínima estipulada por lei.

A organização de grupos terapêuticos é outro aspecto que apresenta fragilidades no trabalho realizado pelo NASF na APS. Quase 30% das respostas válidas

mostram que as equipes dos três estados não ofertam essa modalidade de cuidado. Apenas 65,8% das equipes do G1 e 63,3% das equipes dos 48 municípios organizam tais grupos. Contudo, no RN esse percentual cai para 40%, indicando que nos três estados há fatores restritivos para a oferta de uma das principais ferramentas terapêuticas no âmbito da atenção à saúde mental. Ainda em relação às ações do NASF em saúde mental, 88,4% das equipes dos três estados articulam o cuidado com outros dispositivos da RAPS, a exemplo das diversas modalidades de CAPS. Esse percentual cai um pouco nos municípios do G1 (86%), entretanto, sobe consideravelmente para 96,7% entre as equipes que atendem os 48 municípios com povos tradicionais, chegando aos 100% no CE e PI. Esse resultado demonstra os avanços no processo de trabalho em saúde e, especialmente, na lógica da Atenção Psicossocial e da desinstitucionalização, na medida em que revela um trabalho colaborativo entre diferentes equipes, em redes intersetoriais de cuidado que extrapolam o âmbito da saúde, e tentativas de superação das adversidades estruturais, financeiras e de recursos humanos nessas localidades remotas.

Em se tratando do suporte das equipes NASF nos casos de uso, abuso, prejudicial ou dependente de álcool e outras drogas, correspondente ao item 4.15.3 – observou-se que 79,9% das respostas válidas mostram que as equipes dos três estados discutem, atendem e acompanham tais casos junto com a equipe da AB. Esse percentual aumenta no caso dos municípios do G1 (80,9%) e dos 48 municípios com populações tradicionais (82,4%). Esse resultado mostra não só a complexidade e magnitude dos problemas enfrentados por essas equipes na APS, mas o quanto a realidade dos pequenos municípios tem sido marcada pela presença do álcool e das drogas na atualidade.

O item 4.15.4 do PMAQ que trata especificamente das ações do NASF em álcool e outras drogas, aborda os seguintes aspectos: atenção humanizada, acompanhamento individual, atendimento domiciliar, auxílio no manejo de psicofármacos, organização de grupos terapêuticos, articulação com outros dispositivos da RAPS e ações de prevenção ao uso de substâncias no território. Essa questão, no geral, obteve o segundo pior percentual de respostas válidas. Em relação à atenção humanizada, em média, 75% das respostas válidas nos três estados e G1; e 65% nos 48 municípios indicam que as equipes contribuem nesse sentido. Porém, como se trata de uma questão muito ampla, sem definição clara do que vem a ser uma atenção humanizada ao usuário de substâncias psicoativas e/ou grupo familiar, houve menos respostas por parte das equipes.

Quanto ao acompanhamento individual e/ou domiciliar ao usuário de substâncias psicoativas e/ou grupo familiar, mais de 80% das respostas válidas das equipes dos três estados realizam essa atividade. Entretanto, nota-se que o percentual cai nos 48 municípios (71,4%), acentuadamente no CE (56,3%). Em termos de auxílio à equipe no manejo ou redução da dose de psicofármacos quando se trata de usuários de substâncias psicoativas, nota-se que apenas pouco mais da metade das equipes dos três estados (52%) conseguem realizar essa atividade. Isso fica mais evidente nos municípios do G1 (51,1%) e nos 48 municípios (42,9%), especialmente nos municípios com comunidades quilombolas e assentamentos rurais do PI (14,3%). A organização de grupos terapêuticos para esse público também é um ponto de fragilidade observado nas equipes NASF de forma geral (58,6%), que vai se acentuando no G1 (57,3%) e nos 48 municípios (46,4%). Em se tratando da articulação com outros dispositivos da RAPS, o cenário encontrado é bastante favorável já que mais de 85% das respostas válidas das equipes dos três estados e do G1 fazem essa articulação e quase 100% daquelas que são referência para os 48 municípios. As atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território foram mencionadas por quase 90% dos NASF dos três estados, percentual que se mantém no G1 (91%) e nos 48 municípios do CE (81,3%) e RN (100%).

III Ciclo PMAQ-AB

Em 2017, quatro anos após a II avaliação PMAQ-AB, o número de equipes NASF participantes do III Ciclo quase triplicou. Foram 619 equipes, das quais 83,8% (n = 519) operam em municípios pertencentes ao G1 e dentre estas, 12,3% (n = 64) dão cobertura aos 48 municípios que registram comunidades quilombolas e assentamentos rurais em seu território.

Como esclarecido anteriormente, houve uma redução do número de questões e competências avaliadas no III Ciclo em comparação ao anterior. Elas estão concentradas no Módulo IV do instrumento e se referem ao processo de trabalho da equipe. As questões que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental estão no eixo 4.9 – Atenção à Saúde da Criança e no eixo 4.11 – Atenção à Saúde Mental. Observa-se que o percentual de respostas válidas na maior parte das nove perguntas referentes à saúde mental também foi bastante significativo, tal como II ciclo.

Tabela 5. Percentual de respostas válidas dos itens referentes à Saúde Mental do II Ciclo do PMAQ-III

Itens referentes à Saúde Mental	Percentual de respostas válidas
4.9.2.4 - Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiólogo ou visual)	96,1%
4.11.1 - Eixo: Atenção à Saúde Mental. O NASF apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental?	98,1%
4.11.2. Quais das seguintes ações são realizadas? (Questões de 1 a 7)	92,9%

Em termos do acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiólogo ou visual), quase a totalidade das equipes NASF sinalizam a oferta dessa atividade, pois dentre as respostas válidas, 98,8% responderam sim. Esse percentual se mantém entre as equipes do G1 e dos 48 municípios, atingindo 100% no CE.

No Eixo específico da Atenção à Saúde Mental, 94,7% das respostas válidas indica o apoio e desenvolvimento por parte das equipes NASF de ações de cuidado em saúde mental, percentual que cresce no G1 e entre as equipes que dão cobertura aos 48 municípios com povos tradicionais (98,4%), principalmente do CE e RN (100%). As ações em saúde mental avaliadas obtiveram excelentes percentuais de respostas válidas em nível estadual, do G1 e dos 48 municípios.

Nesse sentido, 80,9% das equipes acompanham casos de saúde mental conjuntamente com os CAPS, acompanhamento que é ampliado nas equipes dos 48 municípios (88,9%). As perguntas que registraram maior nível de respostas positivas mostram o seguinte quadro: os NASF discutem e pactuam com a equipe de AB critérios e fluxos para o atendimento dos casos de saúde mental na AB e especializada (93,7%), seja no G1, seja nos 48 municípios. Da mesma forma, 91,3% delas apoiam as equipes da AB na abordagem e atuam no cuidado dos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas, percentual que aumenta nos 48 municípios (96,8%), chegando a 100% no RN e PI. Além disso, 88% das equipes fomentam atividades de prevenção do uso de substâncias em escolas ou outros espaços do território, percentual que se mantém nos 3 níveis de estratificação analisados.

Já as questões que registram menor percentual de resposta positiva dizem respeito à duas ações que envolvem o manejo dos psicofármacos, a saber: 78,4% das equipes

dos três estados auxiliam a equipe de AB no manejo do uso de psicofármacos (adesão ao tratamento, horários de administração, escolha dos fármacos para a condição do usuário, redução da dose etc.). Esse percentual se mantém nas equipes do G1, mas melhora nos 48 municípios (81%), à exceção do CE (65,4%). Em termos da oferta de outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos, 83,1% dos três estados indicaram positivamente e isso se amplia entre as equipes dos 48 municípios (87,3%), especialmente do RN (93,3%).

Análise das ações do NASF em saúde mental no II e III Ciclos do PMAQ-AB

O balanço geral das respostas das equipes NASF dos três estados nos II e III Ciclos do PMAQ-AB revela alguns pontos interessantes acerca da situação em que se encontra a Atenção Psicossocial e das ações de saúde mental desenvolvidas na APS no CE, RN e PI. Não resta dúvidas de que o quantitativo de equipes participantes aumentou consideravelmente de uma avaliação para outra, mas muitas questões foram suprimidas no III Ciclo, limitando a análise do processo de trabalho dessas equipes. Nesse sentido, o II Ciclo fornece mais subsídios em relação à oferta de cuidado em saúde mental do que o III. Apesar de serem avaliações bastante distintas, é possível identificar aspectos que atravessam as duas avaliações, seja favoravelmente, seja negativamente, revelando potencialidades e pontos de estrangulamento da atuação do NASF nesses territórios.

Em termos da estratificação de análise proposta, observa-se, primeiramente, um percentual significativo de respostas positivas das equipes dos três estados em termos da oferta de ações em saúde mental nos dois ciclos. Evidencia-se que o escopo de atuação da APS tem se expandido nessas regiões a partir da contribuição do NASF, através da organização do processo de trabalho, da pactuação com outros dispositivos disponíveis no território, do atendimento compartilhado e do matriciamento das ações de saúde mental. Em segundo lugar, que não há fortes discrepâncias entre as equipes dos três estados nos dois ciclos, embora o RN tenha apresentado resultados mais satisfatórios que o CE e o PI em 16 das 20 perguntas respondidas no II Ciclo. Em terceiro lugar, que em 09 das 20 questões avaliadas no II Ciclo, ou seja, em aproximadamente 50% das respostas, houve um decréscimo da pontuação das equipes NASF inseridas nos municípios do G1 e nos 48 com populações tradicionais, mostrando que o trabalho dessas equipes vai perdendo fôlego nos territórios que

apresentam baixo desenvolvimento socioeconômico, baixa oferta de serviços, bem como registram vazios assistenciais em saúde mental. Isso reforça a convicção de que uma APS forte e resolutiva não pode ser alcançada sem a promoção da equidade em saúde, que segundo Siqueira, Hollanda e Motta (2017, p.1398), significa a busca pela redução das “disparidades evitáveis no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social”.

Já no III Ciclo, o panorama se inverteu e em 6 das 9 perguntas analisadas as equipes que cobrem os 48 municípios registraram percentuais mais altos do que as equipes dos estados como um todo e as do G1, indicando a existência de uma oferta de cuidados significativa nessas áreas mais remotas e de difícil acesso, a despeito das condições mais precárias vividas pelas equipes. Esse resultado reafirma a importância que o NASF tem em cenários marcados por vulnerabilidades prévias em termos de renda, escolaridade, trabalho, moradia etc., as quais estão associadas às desigualdades sociais e de saúde que marcam a vida de grande parte dessa população moradora de regiões e municípios com baixo desenvolvimento e baixa oferta de serviços. Ademais, que são equipes que lidam cotidianamente com os sofrimentos crônicos relacionados às experiências de racismo, discriminação, violência e exclusão social vivenciadas por moradores de comunidades quilombolas e assentamentos rurais.

Entretanto, tal como demonstramos em estudo anterior (DIMENSTEIN *et al.*, 2021b), as equipes NASF, apesar de ser a principal responsável pela atenção em saúde mental, é a estratégia da APS com menores índices de habilitação nos três estados. Além disso, apresentam percentuais de cobertura inferiores às demais equipes da APS, e esse quadro é mais grave nos municípios com populações tradicionais. Mas, apesar da cobertura insuficiente e da existência de lacunas assistenciais, os resultados indicam que ações em saúde mental estão sendo ofertadas pelo NASF e confirmam o impacto dessa estratégia nos serviços de APS.

Analisando detalhadamente as ações em saúde mental ofertadas, no II Ciclo destacam-se, positivamente, a definição de critérios e fluxos de atendimentos em saúde mental na AB, a oferta de atendimentos aos casos de sofrimento psíquico, seja de forma individual e ou em grupo, seja no domicílio ou na unidade de saúde, bem como ações de suporte à ESF e aos ACS, a articulação com outros dispositivos da RAPS e as atividades de prevenção ao uso de substâncias psicoativas no território. No III Ciclo, mantém-se a pactuação de critérios e fluxos com a AB, o compartilhamento de casos com os CAPS e as ações de prevenção no território. Esses resultados foram

igualmente positivos em nível estadual, entre as equipes do G1, assim como entre aquelas que cobrem os 48 municípios. Esses bons resultados demonstram que as equipes NASF têm conseguido ofertar recursos diversificados e adequados às necessidades da população, assim como, em nível institucional, tem sido possível garantir a continuidade do cuidado por meio da troca e compartilhamento dos casos entre as equipes e os diversos dispositivos de saúde.

Nos territórios mais desassistidos em termos de equipamentos da RAPS, como os 48 municípios, nota-se que os NASF desenvolvem mais intensamente estratégias para garantir a atenção à saúde mental, na medida em que se articulam mais com as equipes da AB, compartilham casos, pactuam critérios e fluxos de atenção e se articulam com outros dispositivos da RAPS. Em quase todos esses itens, no II e III Ciclos, a pontuação obtida pelas equipes que cobrem os 48 municípios foi superior à registrada em nível estadual e no G1. Dessa maneira, é inquestionável a importância dos NASF no âmbito dos cuidados primários em saúde, ao fazer chegar nos territórios e entre as populações de difícil acesso, ações de saúde mental que contribuem para a redução de encaminhamentos desnecessários à atenção secundária e das internações evitáveis associadas à saúde mental realizadas em instituições asilares.

Um aspecto a ser considerado na avaliação do II Ciclo é que, em geral, os itens mais bem pontuados dizem respeito ao modo predominante de organização do processo de trabalho em saúde nos três estados, ainda marcado pelas atividades de cunho especializado e individual, devido, provavelmente, às dificuldades enfrentadas em termos de gestão e de formação para prestar um cuidado compartilhado. Isso se reflete nos percentuais mais baixos alcançados na avaliação em relação à incorporação da saúde mental nas atividades de EPS, ao compartilhamento de casos e à pactuação com a equipe de AB.

Em relação às dificuldades percebidas, tanto no II quanto no III Ciclo, destacam-se as questões referentes ao auxílio às equipes de AB no manejo e/ou redução da dose de psicofármacos (adesão ao tratamento, horários de administração, escolha dos fármacos para a condição do usuário, redução da dose etc.). Esse é um ponto crítico presente nas duas avaliações com registro dos piores resultados nesses itens, diminuindo o escopo de resolutividade. Isso quer dizer que seja em caso de transtorno, seja de consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como à oferta de outras terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos, tal como a organização

de grupos terapêuticos, as equipes NASF enfrentam fortes dificuldades, registrando fragilidades na sua capacidade de resposta e lacunas assistenciais.

Sobre a organização de grupos terapêuticos, as dificuldades têm relação com a falta de formação e de preparo, isto é, com a frágil qualificação dos profissionais da APS para o manejo de grupos terapêuticos nas diversas abordagens teóricas e instrumentais. Segundo Caixeta *et al.* (2017), além dos fatores restritivos associados às competências profissionais, há aqueles relacionados ao processo de trabalho e à infraestrutura dos serviços de saúde. Nesse sentido há, tanto equipes muito reduzidas - com número insuficiente de profissionais, uma alta demanda e excesso de pessoas nos grupos - quanto espaços inadequados e má gestão dos recursos materiais que impedem a realização dos mesmos.

As dificuldades na abordagem aos problemas derivados do uso de substâncias psicoativas na APS são imensas e conhecidas. A literatura aponta para as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde com o usuário, com a família, com as terapêuticas, com as modalidades de uso, com as comorbidades e associação com o risco de suicídio (LOPES *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2020). Há muito desconhecimento, preconceito e medo em relação a essas situações, bem como resistências dos profissionais para desenvolver ações de Redução de Danos (REICHERT *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2017). De acordo com Santos, Dalla Vecchia e Paiva (2021), ainda predomina no âmbito da saúde a concepção de doença associada às modalidades de uso mais intensas, a abstinência como tratamento e meta de cura e a crença no modelo de internação em caráter asilar para os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Ademais, os serviços especializados do tipo CAPSad e ad III são insuficientes para uma demanda que é cada vez mais crescente no país. Nos três estados pesquisados, há uma defasagem de CAPSad, especialmente nos municípios pertencentes ao G1 e nos 48 municípios, que muitas vezes só contam com o suporte de Comunidades Terapêuticas (DIMENSTEIN *et al.*, 2021b). Os três estados possuem conjuntamente 222 Comunidades Terapêuticas (CT) distribuídas, majoritariamente, em municípios do interior e de pequeno porte. Por outro lado, há somente 34 CAPSad, situados nas capitais, em áreas metropolitanas ou em municípios com mais de 200 mil habitantes, que não é a realidade dos municípios situados no G1, nem dos 48 que contam simultaneamente com comunidades quilombolas e assentamentos rurais.

A baixa presença de CAPSad nos três estados contrasta com o alto número de CT, indicando uma estreita relação entre a existência destas e a inibição da expansão da atenção psicossocial especializada em álcool e drogas nos últimos anos no país.

Nesse sentido, esse resultado vem mostrar que a capacidade de resposta do NASF na APS no que se refere à problemática de álcool e outras drogas tem ficado comprometida em termos da cobertura, de acesso, de suporte às equipes de AB e de oferta de atendimento ao próprio usuário e/ou familiares. Além das dificuldades estruturais em termos de recursos especializados, o manejo dessas situações é extremamente desafiante em termos técnicos, pois exige tanto o entendimento de psicofarmacologia, o manejo de diferentes ferramentas de triagem e diagnóstico, o treinamento em diversas modalidades de intervenção clínica, quanto em termos teóricos, exigindo a compreensão da dimensão sociocultural do consumo do álcool e outras drogas, a multicausalidade desse processo e sua associação com os modos de vida e marcadores de gênero, raça, sexualidade etc. No entanto, os processos de EPS e de apoio institucional foram aqueles avaliados mais desfavoravelmente em ambos os ciclos do PMAQ.

Enfim, esse cenário é extremamente desafiador para as equipes da APS e para o SUS como um todo. A abordagem dos problemas associados ao uso de substâncias psicoativas na APS é muito complexa e tem produzido resultados, na maior parte das vezes, insatisfatórios segundo os profissionais. Tais fragilidades precisam ser trabalhadas em nível da Política Nacional de Saúde Mental e das estratégias de atenção psicossocial, a fim de ampliar a capacidade de resposta do NASF às demandas do território e necessidades de saúde mental da população, tal como apontado por Lima, Dimenstein e Macedo (2021). Tais autores fazem um apanhado geral das diferentes estratégias que podem ser implementadas na APS, desde a busca ativa, o diagnóstico do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, até as estratégias e ofertas terapêuticas para as intervenções das equipes.

Por outro lado, não é possível desconsiderar o desmonte progressivo e intencional da RAPS observado nos últimos anos que tem afetado a implantação de novos serviços e a ampliação da cobertura assistencial, em particular dos CAPS ad e ad III. Esses dispositivos, diferentemente das CTs, instituições privadas e assentadas na lógica manicomial, são imprescindíveis à superação do modelo psiquiátrico asilar e à efetivação do processo de desinstitucionalização. Além disso, o número de leitos

de atenção integral em hospitais gerais é insuficiente frente as atuais necessidades de usuários de substâncias psicoativas, de maneira tal que as CTs passaram a ocupar estrategicamente esse vazio assistencial, canalizando para si muitos recursos públicos. Entretanto, o que é ofertado nas CTs – longe dos princípios e diretrizes da Atenção Psicossocial de base comunitária e territorial – caracteriza-se pela disciplinarização excessiva e exploração do trabalho, pela ausência de equipe multiprofissional especializada e com competências no âmbito da redução de danos e pela normatização da terapêutica de caráter religioso e com foco na abstinência. Não por acaso, são alvos, cada vez mais, de fiscalização e de denúncias de violação dos direitos humanos, revelando sua vocação manicomial (Barcelos *et al*, 2021).

Considerações finais

O objetivo do estudo foi analisar a capacidade de resposta do NASF relacionada à saúde mental em três estados nordestinos a partir da II e III avaliações do PMAQ-AB. Os resultados foram analisados em três diferentes níveis: estadual, nos municípios pertencentes ao G1 e nos 48 municípios que concentram simultaneamente assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Foram identificados aspectos mais e menos favoráveis em termos da oferta de ações em saúde mental que atravessam os dois ciclos avaliativos. Há um panorama semelhante entre as equipes dos estados, os quais são menos favoráveis à medida em que se foca nos resultados das equipes do G1 e dos 48 municípios. Os dados demonstram a possibilidade de um efetivo compartilhamento de responsabilidades e de coordenação do cuidado entre o NASF e as equipes de AB. Entretanto, em relação às demandas de cuidado referentes ao uso de substâncias psicoativas, em ambas as avaliações e nos três níveis de estratificação, as equipes NASF obtiveram desempenho menos favorável, indicando que se trata de um problema enfrentado há tempos, que perdura no tempo. Dessa maneira, a capacidade de resposta ao sofrimento associado ao uso de álcool e outras drogas é menos efetiva, precisando ser reforçada e aprimorada na APS.¹

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo suporte financeiro por meio da Bolsa de Produtividade em Pesquisa/PQ dos dois primeiros autores.

Referências

- BARCELOS, K. R. *et al.* A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 128, p. 130-140, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>>. Epub 24 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>. Acesso em: 5 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_proccao_equidade_saude.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020*. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/20200506_Pcatool_versao_Final.pdf.pdf>
- CAIXETA, C. C. *et al.* Os fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos: construindo hipóteses de soluções. *Atas CIAIQ 2017*, v. 2, p. 325-334, 2017.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. *Psico-USF*, v. 22, n. 3, p. 541-553, 2017.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* Saúde mental em municípios de baixo desenvolvimento: Estudo avaliativo da RAPS no Nordeste. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 13, n. 37, p. 113-137, 2021a.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1727-1738, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>>.
- FIGUEREDO, R. C. de *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre o PMAQ e o PCATool. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]*, v. 11, n. 1, p. e29311124395, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24395.
- GERBALDO, T. B. *Organização do cuidado em saúde mental no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB*. 2017. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.
- LIMA, A. I. O.; DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Uso de drogas e o papel da psicologia no núcleo de apoio à saúde da família. *In: LOPES, F. M. et al. (Org.). Psicoterapias e abuso de drogas: uma análise a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas*. Curitiba: Editora CRV, 2021. p. 473-490.

LOPES, F. M. *et al.* (Org.). *Psicoterapias e abuso de drogas: uma análise a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas*. Curitiba: Editora CRV, 2021.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Interfaces entre uso abusivo de substâncias psicoativas, presença de comorbidades e risco de suicídio. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. 1-8, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Notes for the study on health systems: multifaceted analysis and tracer indicators. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002055>>.

ROCHA, H. A. *Saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SANTOS, C. E. A. R.; DALLA VECCHIA, M.; DE PAIVA, F. S. Intersetorialidade nas Políticas Públicas sobre Drogas: Relações entre Saúde e Assistência Social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 929-949, 2021.

SOUZA, D. R. *et al.* Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, v. 7, n. 1, p. 16-24, 2017.

REICHERT, R. A. *et al.* Barreiras de acesso e o papel da psicologia na adesão de usuários de drogas na atenção básica à saúde. In: LOPES, F. M. *et al.* (org.). *Psicoterapias e abuso de drogas: uma análise a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas*. Curitiba: Editora CRV, 2021. p. 443-474.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n.5, p. 1397-1397, 2017.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.6, p. 1791-1798, 2018.

Nota

¹ M. Dimenstein: conceitualização, investigação e redação do artigo. J. P. Macedo: conceitualização, investigação e revisão do artigo. B. I. do B. de M. Silva: levantamento e análise dos dados e revisão do artigo.

Abstract

NASF responsiveness in mental health

The article aimed to analyze the responsiveness of the Family Health Support Center (NASF) in mental health in three northeastern states from the II and III Cycles of National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The results were analyzed at the state level, in the municipalities belonging to G1 and in the 48 municipalities that concentrate both rural settlements and quilombola communities. We identified more and less favorable aspects in terms of the offer of mental health actions across the two evaluation cycles. The data show the possibility of an effective sharing of responsibilities and care coordination between NASF and the Primary Health Care (PHC) teams. However, regarding the demands of care related to the use of psychoactive substances, in both evaluations and in the three levels of stratification, the NASF teams performed less favorably, indicating that the response capacity to the suffering associated with the use of alcohol and other drugs is less effective, needing to be strengthened and improved in PHC.

► **Keywords:** Primary Health Care. NASF. Mental Health. Responsiveness. PMAQ-AB.

