**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

FLÁVIA THAIS RAMOS

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova
estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?**

Ribeirão Preto - SP
2013

FLÁVIA THAIS RAMOS

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ramos, Flávia Thais

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental? Ribeirão Preto, 2010.

130p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães

Caccia-Bava

1. núcleo de apoio à saúde da família; 2. atenção primária de saúde; 3. saúde mental; 4. estratégia saúde da família; 5. apoio matricial.

Nome: **RAMOS, Flávia Thais**

Título: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos profissionais que lutam pela efetivação e qualidade da saúde pública de nosso país, combatendo as iniquidades sociais vivenciadas por todos, direta ou indiretamente. Acreditar é o grande lema!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, força concebida e tranquilidade nos momentos de dificuldades.

À minha família e amigos por acreditarem nos meus sonhos. E em especial, a minha mãe Neusa e a minha prima Carla que me apoiaram para que esta pesquisa se concretizasse.

Às minhas amigas Cleice e Juliana Souza, que me incentivaram na realização do mestrado e me acolheram das mais belas formas. A distância só aumenta a nossa amizade!

À orientadora Profa. Dra. Maria do Carmo, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão da pós-graduação, compartilhando os seus conhecimentos.

Aos colegas de trabalhos e aos que fizeram parte deste estudo, direta ou indiretamente, pela parceria, contribuição e atenção prestada neste caminhar. Em especial às amigas: Fernanda, Adriana, Lucília, Tricia e Juliane.

Ao meu esposo Rodrigo, pelo incentivo, companheirismo, cumplicidade e amor, pois sem você não sei o que seria da minha vida!

Enfim, ao presente, Joaquim, que ganhei em meio a esta trajetória percorrida que veio proporcionar ainda mais vontade de lutar pelos meus ideais... por um mundo melhor!

Acreditamos que a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Se a nossa opção é progressiva, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho se não viver a nossa opção. Encarná-la, diminuindo, assim, a distância entre o que dizemos e o que fazemos.

Paulo Freire

RESUMO

RAMOS, Flávia Thais. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?** 2013. Dissertação (Mestrado) em Saúde da Comunidade – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2013.

Objetivo: Analisar o processo de implantação do NASF e a reorganização do serviço de Saúde Mental (SM) sob a percepção dos profissionais envolvidos no cenário da Atenção Primária de Saúde (APS) da cidade de Botucatu- SP. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, através da coleta de dados de entrevistas semiestruturadas e fontes de dados secundários produzidos pelo NASF, no ano de implantação deste serviço. O perfil sociodemográfico dos entrevistados e as fontes de dados secundários foram analisados estatisticamente. As entrevistas foram transcritas, categorizadas e analisadas, conforme o conteúdo temático. **Resultados:** Os entrevistados eram 90,6% do sexo feminino, com média de idade de 32 anos. Quase um terço nunca realizou cursos em Saúde da Família (SF). Os casos discutidos com o NASF foram 67,3% da área estratégica de SM e em sua maioria, feitos por profissionais de nível superior. E 22% dos casos discutidos foram de pacientes com idade inferior a 12 anos. O tratamento da maioria dos casos (93%) foi realizado na APS, porém a Equipe de Referência (ER) não assumiu a coordenação dos projetos terapêuticos singulares. A ER entende o NASF como uma equipe de apoio multiprofissional, mas demonstra dificuldade na execução do matriciamento. O processo de implantação do NASF provocou um desconforto na ER por falta de preparo e conhecimento insuficiente sobre essa estratégia. O conceito de SM relatado pela maioria dos entrevistados foi de uma condição de bem-estar das pessoas. As abordagens em SM são realizadas pela maioria dos profissionais da ER, no entanto, não reconhecem esta prática. Já os profissionais do NASF relatam desenvolvê-la no apoio matricial e acreditam que esta deva ser explorada em todos os espaços da unidade. A ER refere acolher queixas psicossociais, porém confia que a continuidade do cuidado deva ser de responsabilidade dos serviços especializados ou dos profissionais de nível superior. **Conclusão:** A presença do NASF na APS tem como objetivo matricular os profissionais da ER para o atendimento a pacientes de diversas áreas estratégicas e apoiar a rede da APS na reorganização do serviço de SM. Porém a implantação deste serviço sem o planejamento participativo e adequado culminou na criação de um serviço fragmentado de especialidades, dentro da APS.

Palavras-chave: núcleo de apoio à saúde da família. atenção primária de saúde. saúde mental. estratégia saúde da família. apoio matricial.

ABSTRACT

RAMOS, Flávia Thais. **Support Center for Family Health (NASF): a new strategy for the reorganization of mental health care?** In 2013. Dissertation (Master's degree) in Community Health - Department of Social Medicine, University of São Paulo, School of Medicine of Ribeirão Preto. In 2013.

Purpose: To analyze the deployment process of the NASF and reorganization of mental health (SM) services in the perception of the professionals involved in the scenario of Primary Health Care (APS) in the city of Botucatu, SP. **Methods:** This is a qualitative research, data collection through semi-structured interviews and secondary data sources produced by NASF in the year of service deployment. The sociodemographic profile of respondents and sources of secondary data were statistically analyzed. The interviews were transcribed, categorized, and analyzed according to thematic content. **Results:** Respondents were 90.6% females, with a mean age of 32 years. Almost a third have never taken courses in Family Health (SF). The cases discussed with the NASF were 67.3% of the strategic area of mental health and mostly made by top-level professionals. And 22% of the cases discussed were of patients under 12 years of age. The treatment of the majority of cases (93%) was performed in the APS, but the Reference Health Center (ER) has not assumed the coordination of the singular therapeutic projects. The ER understands the NASF as a multidisciplinary support team, but demonstrates difficulty in implementing the matrix support. The implementation process of the NASF caused discomfort in the ER for lack of preparation and insufficient knowledge about this strategy. The concept of SM reported by most respondents was a condition of well being. Approaches in SM are carried by most ER professionals, however, do not recognize this practice. The professionals of the NASF reported develop it in the matrix support and believe that this should be explored in all areas of health care center. The ER refers receive psychosocial complaints, but believe that continuity of care should be responsibility of specialized services or top-level professionals. **Conclusion:** The presence of NASF in APS aims matrix support to ER professionals for care of patients in various strategic areas and support a network of APS in the reorganization of the SM service. However the implementation of this service without proper planning, culminated in the creation of a fragmented specialties service within the APS.

Keywords: support center for family health. primary health care. mental health. family health strategy. matrix support.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelos de atenção à saúde, segundo Mendes, 2011.....	33
Figura 2 – Fluxo de encaminhamento dos pacientes para os profissionais do NASF.....	48
Figura 3 – Fluxo de atendimentos de pacientes com queixas psicossociais	99
Figura 4 – Fluxo de atendimento de pacientes com queixas psicossociais	100
Figura 5 – Fluxo de atendimento de pacientes com queixas psicossociais	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas pelo NASF, na área de abrangência de número cinco.	44
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Profissionais entrevistados, de acordo com faixa etária em anos. Botucatu, 2012.	52
Gráfico 2 – Distribuição do número de casos discutidos, segundo o sexo dos pacientes e faixa etária. Botucatu-SP, 2012.....	54
Gráfico 3 – Profissional que originou encaminhamento do caso para discussão com a equipe NASF. Botucatu, 2012.	55
Gráfico 4 – Distribuição dos casos discutidos entre a ER e o NASF, de acordo com a classificação das áreas estratégicas do CAB n. 27 (BRASIL, 2010). Botucatu, 2012.	56
Gráfico 5 – Número de casos discutidos com o NASF, de acordo com a faixa etária e a classificação das áreas estratégicas do CAB n. 27 (BRASIL, 2010). Botucatu, 2012.	57
Gráfico 6 – Condutas dos PTSs, após discussões de casos entre a ER e o NASF. Botucatu, 2012.	58
Gráfico 7 – Gráfico de porcentagem de local de tratamento dos pacientes atendidos pelo NASF. Botucatu 2012.	59

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
AM – Apoio Matricial
APS - Atenção Primária de Saúde
CAB - Caderno de Atenção Básica
CAIS - Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPS - Centros de Apoio Psicossociais
CFB - Constituição Federal Brasileira
CNS - Conferência Nacional de Saúde
ER - Equipe de Referência
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESM - Equipe de Saúde Mental
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RE – Reunião de Equipe
RM – Reunião Matricial
RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SF – Saúde da Família
SM – Saúde Mental
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNESP - Universidade Estadual Paulista
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Políticas de saúde no Brasil	23
2.2 SM no contexto da APS.....	27
2.3 Apoio matricial	30
2.4 Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde	32
2.5 Um olhar para a micropolítica do trabalho	34
3 JUSTIFICATIVA.....	37
4 OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivo Geral	39
4.2 Objetivos Específicos.....	39
5 MATERIAL E MÉTODO.....	41
5.1 Delineamento do estudo	41
5.2 Campo e local de estudo.....	41
5.3 A Unidade de Saúde e a ER	42
5.4 Descrição sobre a composição e dinâmica de trabalho no NASF	43
5.5 Participantes da pesquisa.....	45
5.6 Critérios de seleção.....	45
5.7 Procedimentos para a coleta	46
5.7.1 Fonte primária	46
5.7.2 Fontes secundárias	47
5.8 Rede de petição e compromisso	47
5.9 Análise e descrição dos dados	48
5.10 Aspectos éticos	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1 O perfil sociodemográfico dos profissionais da ER e NASF	51
6.2 As principais demandas e os seus desdobramentos.....	53
6.3 Sentidos, significados e expectativas dos profissionais da ER e NASF ..	60
6.3.1 A implantação do NASF.....	61
6.3.1.1 Entendimento sobre o NASF	61
6.3.1.2 Inserção do NASF na USF	70

6.3.1.3 Organização do NASF no município	75
6.3.1.4 Modelo de Atenção em Saúde e a proposta NASF	78
6.3.1.5 Desafios e contribuições	80
6.3.2 <i>Área estratégica de SM</i>	88
6.3.2.1 Conceito de SM.....	89
6.3.2.2 A prática em SM.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
APÊNDICES.....	123
ANEXOS.....	129

APRESENTAÇÃO

A prática profissional como assistente social da Equipe de Saúde Mental (ESM), atualmente constituída como Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹ (NASF) da Atenção Primária de Saúde (APS), e mestranda do Programa de Saúde da Comunidade, gerou questionamentos acerca do processo saúde-doença-cuidado mental dos pacientes, em um contexto de mudanças no cenário das unidades de saúde, desencadeado pela implantação deste novo serviço, NASF. A atenção à Saúde Mental (SM) do município de Botucatu vem passando por sucessivas transformações, sendo a mais recente a incorporação desta nova lógica de matriciamento e criação de responsabilidades compartilhadas com as equipes da APS.

Assim, a assistência à SM vem sendo reorganizada, a fim de que seja cada vez mais efetivamente incorporada às práticas rotineiras das equipes de saúde, superando a cisão que marcou esta assistência dos demais cuidados à saúde física.

Tais discussões e práticas caminham no sentido de uma reorganização mais ampla do modelo assistencial, assumindo a importância da APS na coordenação do cuidado, de forma que esta possa articular os serviços, estabelecendo redes em todos os níveis de atenção à SM.

A demanda encaminhada à ESM foi, por muito tempo e na maioria das vezes, focada na cura dos sintomas provenientes dos sofrimentos e estava associada ao remédio ou ao poder do médico especialista. Essas práticas, centradas no tratamento medicamentoso e nos especialistas, levaram a uma perda da noção de corresponsabilidade dos usuários e da equipe da APS, para que considerassem a história de vida e as suas consequências de modo singular na realização do cuidado em saúde. De tal modo, eximiu as equipes de envolver-se nos projetos terapêuticos ligados à SM, principalmente quando os pacientes eram referenciados para outros serviços.

A trajetória percorrida entre o extremo da total desassistência à SM pelas equipes de atenção primária até o modelo do NASF ainda não estava concluída no município de Botucatu – SP, impondo, nesse momento, a difícil tarefa de reorganizar

¹ No dia 12 de janeiro de 2012, a Equipe de Saúde Mental do município de Botucatu foi composta por outros profissionais de saúde, configurando-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

algo que ainda não estava de fato incorporado, mesmo com a ESM desenvolvendo suas atividades *in loco* na lógica da reorganização do cuidado centrado na APS e da aproximação do tema no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF).

Portanto, este estudo representa um meio de responder às indagações provenientes do processo vivenciado pelo NASF, nesse momento de sua implantação, e compreender melhor a percepção e expectativas dos profissionais de saúde sobre o papel desta equipe de apoio. Ainda, possibilita que se compartilhem experiências em meio aos desafios e avanços da trajetória da assistência à SM, contribuindo com a sua divulgação, diminuindo estigmas e preconceitos e tratando esta questão com mais suavidade. Além disso, pode auxiliar na sensibilização da sociedade para o fato de que a SM das pessoas depende do conjunto das expressões do cotidiano, necessitando de mudanças de paradigmas dos próprios profissionais de saúde e de todos os outros atores sociais.

1 INTRODUÇÃO

A criação da ESM foi aprovada na III Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano de 2002, e efetivada em 2004. Inicialmente esta equipe era composta por um psicólogo e um assistente social, oferecendo suporte técnico para toda a rede primária de saúde. No decorrer da atuação desses profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja no modelo tradicional seja sob a Estratégia Saúde da Família (ESF), a equipe foi sendo reconhecida e solicitada sempre que os profissionais de saúde se sentiam limitados em suas intervenções.

Logo, a ESM foi ampliada por mais uma dupla de psicólogo e assistente social. Nos próximos anos, outras duplas foram compondo a equipe perfazendo, a partir de 2010, um total de quatro assistentes sociais, quatro psicólogos, uma terapeuta ocupacional e o coordenador, sendo este último o primeiro psicólogo que compôs esta equipe e exerce atualmente o papel de articulador da rede de SM do município. Naquele momento, a rede de saúde municipal estava organizada em quatro áreas de abrangência (cada área era constituída de quatro a cinco Unidades de Saúde) e para cada área uma dupla de referência semanal e uma terapeuta ocupacional, conforme a demanda das unidades.

Atualmente, o município de Botucatu conta com uma rede de atenção à SM que inclui serviços de nível primário, secundário e terciário, estes dois últimos sob gestão estadual, e a ESM agregada ao NASF, desde janeiro de 2012, que ainda atua junto às unidades básicas tradicionais e às unidades básicas da ESF. Conta, também, com uma associação de usuários, trabalhadores e familiares da SM.

A atenção em SM deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, incluindo a rede de APS e outros serviços de referência, territorializados e circunscritos ao espaço de convívio social das pessoas que os frequentam (sua família, escola, trabalho, igreja etc.) e que visam a resgatar as potencialidades dos recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em SM (BRASIL, 2008).

Muitas são as parcerias estabelecidas com órgãos do poder público municipal e estadual, tais como: diferentes Secretarias Municipais (Assistência Social, Educação etc.), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Juizado Especial, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool/outras drogas e II, Ambulatório de Psiquiatria da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Centro de Atenção Integral

à Saúde (CAIS) Professor Cantídeo de Moura Campos, Ambulatório de SM, Hospital-Dia da UNESP, entre outros. Além disso, são mantidas parcerias com entidades não governamentais como: casas de repouso, asilos e clínicas de internação para tratamento de dependência de álcool e outras drogas.

Para esta lógica de trabalho e entendendo que os profissionais da APS precisam de suporte técnico multiprofissional para ampliar a atenção à saúde das pessoas, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2002, aprovou a criação de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), com financiamentos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde, a fim de responder às necessidades de saúde socialmente produzidas. De acordo com o documento do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, intitulado “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios”, este investimento, na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A rede municipal em estudo conta com profissionais do programa de RMSF há cinco anos. Sendo assim, diferentes profissionais foram inseridos nas unidades de saúde, como: assistente social, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos entre outros, e este fato causou algumas mudanças no processo de trabalho, tanto para incluí-los nas atividades já estabelecidas quanto para propor ações inéditas.

No entanto, todo esse movimento gerou muitas inquietações acerca de como esses “novos” profissionais desenvolveriam seus trabalhos e quais seriam seus objetivos de atuação, proposta pedagógica e política. Ainda, levantou questões referentes à formação aos moldes da equipe NASF, facilitando a implantação desta equipe na rede municipal.

Este estudo busca trazer como contribuição a construção do conhecimento e dimensões de uma rede de compromissos e pedidos no cotidiano do trabalho, explicitando as diferentes percepções e expectativas quanto ao papel atribuído ao NASF nesse novo modelo, ampliando as discussões sobre a temática e possibilitando continuidades ou novos caminhos.

Este é um tema que vem sendo pesquisado frente à necessidade de estudos acerca dos modelos de atenção, acolhimento de SM na APS e de que forma os NASFs estão se desenvolvendo, pois o que se encontra ainda em muitos modelos

assistenciais é uma limitada compreensão da SM em meio à saúde geral, dificuldade em considerar as questões sociais² do processo de saúde-doença-cuidado e um desafio para a rede de assistência municipal em vivenciar o “novo”.

As discussões presentes neste trabalho buscam dialogar com o que foi desenvolvido na prática profissional e com o que foi internalizado³ no decorrer do programa de pós-graduação, a fim de articular os conhecimentos e fundamentá-los cientificamente, abrindo a possibilidade para estudos que auxiliem no cenário da prática profissional.

² A questão social, segundo Iamamoto (2004, p. 27) pode ser definida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”

³ Entende-se pela palavra “*internalizado*” uma reconstrução da vivência exterior (interpsicológico) para o intrapsicológico (de fora para dentro), segundo anotações em sala de aula da disciplina intitulada “A abordagem histórico-cultural na pesquisa qualitativa em saúde” e termo utilizado por Vigotski (2007) em seu livro “A formação social da mente”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Políticas de saúde no Brasil

Para a compreensão das políticas de saúde no Brasil se faz necessária uma reflexão acerca da cidadania como modelo de sociabilidade e integração que surgiu como resposta às mudanças sociais, econômicas e políticas vivenciadas nos processos históricos.

Segundo Fleury e Ouverney (2008), a cidadania é entendida como um compartilhamento de um sistema de crenças, em relação ao poder público, a própria sociedade e seus direitos e deveres como cidadão, pertencentes a uma comunidade política. Por outro lado, a cidadania surge como um mecanismo de dominação da burguesia para o desenvolvimento das relações de troca, visto que o mercado necessitava de um *status* de igualdade entre as classes.

A busca por direitos sociais foi tomando força no decorrer da história mundial, transformando os Estados, ampliando as instituições e políticas públicas para que atendessem às necessidades das populações, consequentes do sistema capitalista, garantindo um mínimo de proteção social.

Assim, essa proteção social se institucionalizou através de serviços destinados à provisão de bens e serviços sociais de diversos setores com a intenção de proporcionar a cidadania, reformulando a construção da seguridade social, para corresponder ao padrão civilizatório que a população brasileira conquistava com a democratização (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

A Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 foi uma conquista da cidadania e um avanço na consolidação de um Estado de Bem-Estar Social, ao garantir em lei direitos e deveres sociais de abrangência dos diferentes setores, proporcionando aos cidadãos brasileiros, teoricamente, seguridade social, mais acesso aos serviços e um papel mais ativo no cenário político.

A área da saúde também acompanhou essas mudanças em toda a sua diversidade e singularidade, não permanecendo fora do desenrolar das modificações da sociedade, até porque essa se fazia necessária para a garantia da proteção social aos cidadãos, estando estreitamente vinculada à democracia, visto que a

saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos e se caracterizou em uma dimensão política (BRAVO, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) aconteceu em 1986 e teve como tema “Democracia é Saúde” que objetivou a luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 1986). A luta pela Reforma Sanitária culminou na efetividade da saúde como política social, oficializada com a criação do SUS, fundamentada conforme o Art.196 pela CFB:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 55).

A Lei 8.080 de setembro de 1990 traz em seu Art. 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, sendo assim, os níveis de saúde da população são expressões da organização social e econômica do país (BRASIL, 1990). O mesmo artigo, em seu parágrafo único, enfatiza também que competem à saúde as ações que garantam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O SUS nasce sob a égide de constituir-se em um sistema de proteção social, muito além do que apenas oferecer ações de caráter tecnicista, para reduzir os riscos de doenças e/ou seus agravos, por meio do acesso universal e igualitário das ações e aos serviços para o desenvolvimento da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Alinhado aos movimentos internacionais fortalecidos na década de 1970, no decorrer da efetivação do SUS e rediscussão das políticas de saúde, governantes, usuários, acadêmicos e profissionais militantes pela saúde pública vêm sendo cada vez mais uníssomos na necessidade de se potencializar a APS. Além disso, propõem a busca por estratégias para a realização do cuidado integral, sob uma intervenção clínica mais ampliada que considere o contexto sociocultural, a capacidade da comunidade e novos protagonismos sociais para efetivarem legislações vigentes, sintonizadas com a construção do SUS (BRASIL, 2009).

No entanto, isoladamente o setor saúde não conseguiria modificar os determinantes sociais e as condições mais amplas desse processo saúde-doença-cuidado. Para tanto, faz-se imprescindível abandonar o modelo de atenção e assistência estruturado na lógica curativista, contextualizar a vida das pessoas, estimular a prevenção de doenças e seus agravos, além de compreender a saúde como uma consequência do modo de organização da produção, do trabalho e da sociedade, em determinado contexto histórico (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Para atender a tais questões, no ano de 1994, o governo federal cria o Programa de Saúde da Família (PSF) que define suas ações pautadas nos princípios do SUS e reorienta o modelo assistencial, incentivando o trabalho de equipes multiprofissionais e atuando com um número definido de famílias e área geográfica delimitada, passando este a se efetivar como estratégia prioritária de governo. A ESF, intitulada assim mais tarde, trabalha com o conceito de saúde mais amplo, o qual considera o indivíduo e a coletividade em sua totalidade para a abordagem em saúde pública. Em 2006, foi aprovada uma edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização deste nível de atenção à saúde, tendo por características um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orientou-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A promoção da saúde foi retomada como uma possibilidade de focar os determinantes sociais presentes no processo de saúde-doença-cuidado, como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, e para tal, foi aprovada no ano de 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Na busca da efetividade do sistema de saúde, a ESF vem provocando um significativo movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde e tem por desafio intervir nos determinantes sociais, considerando o conceito ampliado de saúde. Assim é que, dentro do escopo de apoiar a inserção da Equipe de

Referência⁴ (ER) na rede de serviços, ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou os NASFs, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010).

Mais recentemente revista e aprovada pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, a nova PNAB incorpora áreas de interface importante da Atenção Primária com o NASF, a Saúde na Escola, os Consultórios de Rua, dentre outros, reforçando seus princípios operacionais e éticos, dentre eles a integralidade da assistência com especial destaque (BRASIL, 2011).

Porém, a ampliação das discussões para diferentes aspectos do processo saúde-doença-cuidado envolve a responsabilidades dos gestores, mas também a corresponsabilidade dos profissionais da saúde, dos usuários e também dos serviços de saúde. E para tanto, essas “novas” demandas exigem de todos os atores envolvidos sensibilidade para lidar com a subjetividade das questões apresentadas, posição crítico-reflexiva, flexibilidade, capacidade de mobilização dos recursos políticos, e principalmente, enfrentar o desafio ao setor saúde de construir a intersetorialidade.

Assim, a intersetorialidade implica na construção coletiva das ações, baseadas na troca de conhecimentos e experiências dos diferentes setores, articulando uma rede de serviços, objetivando solucionar “questões-problema” e em busca da qualidade de vida de forma democrática e totalitária. Ainda, entende-se a intersetorialidade com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, para um efeito sinérgico do desenvolvimento social (JUNQUEIRA, 2004).

Percebe-se a necessidade do trabalho em rede dos diferentes setores para garantir atenção integral e contínua às pessoas em sua complexidade, a importância de aprofundar os diálogos e identificar as ações não concorrentes, mas sim comuns, bem como compreender o significado da intersetorialidade, na visão dos diferentes segmentos.

O conhecimento dessa realidade possibilita um melhor planejamento e elaboração de políticas públicas voltadas à garantia dos direitos sociais, à melhoria na prestação de serviços pelos intersetores, ao atendimento às pessoas em sua totalidade, à construção de pactos de ações, entre outros benefícios, visto que as

⁴ Utilizará do conceito de “Equipe de Referência”, segundo Campos (1999), para denominar a equipe de Saúde da Família.

diferentes áreas de atuação carecem da intersectorialidade para melhorar a atenção às pessoas.

Nesse contexto de valorização da Atenção Primária, a saúde vem sendo entendida como fruto de uma produção social, e o modelo de assistência deve ser reorganizado de forma a articular todos os pontos da rede de cuidados, para que os problemas de saúde da população possam ser enfrentados e resolvidos, entre eles, aqueles referentes à SM.

2.2 SM no contexto da APS

Para tanto, faz-se necessário entender a SM como parte da saúde geral, não fragmentando as abordagens e intervenções, pois estas necessitam da inclusão do conceito de integralidade no planejamento e implantação das ações da equipe de saúde, bem como de uma abordagem ampliada na assistência oferecida pelos profissionais (BRASIL, 2008).

É essencial conhecer a história também da SM, suas conquistas e desafios na busca pelo reconhecimento deste tema no processo saúde-doença-cuidado das pessoas.

Em acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a atenção à SM passou a ser reorganizada, tendo como foco a oferta de serviços extra-hospitalares que buscassem a reinserção social das pessoas em suas comunidades (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir de 1978 e 1980, e este movimento se fundamentou na contestação dos paradigmas da psiquiatria clássica que tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país (AMARANTE, 1995).

Desde então, a assistência psiquiátrica brasileira tem sofrido significativas transformações, marcadas pela redução de leitos situados no hospital psiquiátrico, pela implantação de serviços e recursos substitutivos aos tradicionais manicômios, propiciando a construção de uma prática embasada no acolhimento, na

humanização e na reinserção da pessoa acometida pelo transtorno mental no contexto social.

O Projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado ao Congresso em 1989 e promulgado em 2001, estimulou a aprovação em vários Estados brasileiros das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à SM.

Com a assinatura da Declaração de Caracas, em 1990, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1994, passam a vigorar no Brasil as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-Dia, e normas também para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, prevê que o atendimento de SM em unidades básicas de saúde deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou outros profissionais (médico generalista, enfermeira, auxiliares e outros agentes de saúde), além da garantia na continuidade do tratamento nos diferentes níveis de atenção à saúde, participação e controle social, entre outros. Ainda, são considerados para o planejamento e cuidado das ações em SM: atendimentos individuais, grupos, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

Nesse sentido, a Coordenação Geral de Saúde Mental do MS vem indicando que a formação de ESM, a educação permanente dos profissionais de saúde e a atenção básica devem ser prioridades na pauta de ações das políticas públicas nessa área.

O documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, do MS, preconiza que a assistência fornecida pela ESM na rede básica deva ser realizada por meio do apoio matricial às equipes de saúde da APS, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003, p. 4).

Nos últimos anos, o MS vem construindo diretrizes e condições para que os municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) estruture a rede de SM e outras linhas de cuidado a partir da APS, para o estabelecimento de vínculos e

acolhimento (BRASIL, 2005). Nestes municípios, as ESMs podem estar alocadas em ambulatorios, como os CAPSs ou NAPSs, apoiando as equipes da APS.

Recentemente, a criação dos NASFs possibilitou a inserção de profissionais de SM nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008, 2013), ficando evidente a intenção política de se afirmar a SM na APS, principalmente, sob o foco da corresponsabilidade entre ER e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No Caderno de Atenção Básica (CAB) n. 27, intitulado Diretrizes do NASF de 2010, Brasil (2010), as ações desta equipe são organizadas por área estratégicas especificadas, como: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Serviço Social; Atividades Físicas e Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; e SM. Esta última tem como atribuições conjuntas entre NASF e ER:

1. Responsabilidade, pelo cuidado aos usuários de SM do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de SF, NASF e dispositivos de SM (Centros de Atenção Psicossocial, leitos de atenção integral em SM – CAPS III, hospital geral, centros de convivência, entre outros), permanecendo a coordenação do cuidado com a ER.
2. Romper com a lógica do encaminhamento e da não responsabilização pós-referência.
3. Planejamento e realização do diagnóstico da situação de SM da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida.
4. Reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente, onde podem ser incluídos materiais educativos e temas demandados pela equipe de Saúde Família ou dos profissionais do NASF.
5. Reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais da equipe do NASF.
6. Atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e outros espaços da comunidade. Essa estratégia deve proporcionar a avaliação de risco, o manejo dos casos com a elaboração de projetos terapêuticos, caracterizando-se como um processo de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender na prática cotidiana do atendimento das demandas de SM.

7. Integração entre ER, NASF e as redes de saúde e de apoio social – articulação com espaços comunitários, visitas aos serviços como residências terapêuticas, abrigos de crianças e de idosos, unidades socioeducativas etc.
8. Planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas (oficinas, grupos etc.) e de promoção da saúde (práticas corporais, atividades culturais e esportivas), além de atividades de geração de trabalho e renda.

O CAB n. 27 ainda preconiza que todas essas intervenções necessitam ser desenvolvidas em conjunto entre ER e a equipe do NASF, através do arranjo organizacional do apoio matricial (BRASIL, 2010).

2.3 Apoio matricial

O apoio matricial visa a outorgar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações primárias de saúde para a população. A equipe de uma dada unidade de saúde compartilha alguns casos que se produzem em forma de corresponsabilização e exclui a lógica do encaminhamento, ampliando a capacidade resolutiva de problemas.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010, p. 12).

Tófoli e Fortes (2007), ao relatarem a experiência de Sobral/CE, referem que as equipes de apoio matricial podem realizar consultorias técnico-pedagógicas, atendimento conjuntos e ações assistenciais específicas que devem ser sempre dialogadas com a ER e, como uma regra geral, coletivamente. A assistência individual também é possível, desde que, preferencialmente, seja temporalmente limitada.

Essas práticas também estimulam a interdisciplinaridade e a clínica ampliada, permitindo às equipes de SM de apoio abranger ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (BRASIL, 2003).

A clínica ampliada surge como diretriz de atuação dos profissionais de saúde, principalmente das equipes matriciais, para estabelecer o diálogo entre os diversos saberes em busca da compreensão dos processos de saúde-doença-cuidado e para incluir os usuários no cuidado em saúde de modo singular (SUNDFELD, 2010; BRASIL, 2010).

O apoio matricial, junto às ERs das unidades, proporciona a inclusão da dimensão subjetiva dos usuários, a discussão e intervenção dos problemas mais graves de SM, seguindo o modelo de redes de cuidado, base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos, parcerias e projetos terapêuticos articulados.

Segundo Campos (1999), para trabalhar o conceito de apoio matricial em SM deve-se, primeiramente, discutir a expressão interconsulta psiquiátrica ou encaminhamento. Este último é caracterizado pelo seu caráter de urgência, quando os problemas apresentados pelos pacientes extrapolam os limites de atuação da ER. Já a interconsulta é solicitada de acordo com o nível pessoal de tolerância da equipe, formação, experiência, autonomia e interesse pelos aspectos psicossociais.

Dessa forma a interconsulta propõe a integração entre a equipe [...] e os profissionais de saúde mental do serviço de referência, de forma a manter o esquema tradicional dos encaminhamentos e das guias de referência e contrarreferência, com atuação isolada dos lados envolvidos e demandas esporádicas de trabalho conjunto (CAMPOS, 1999, p. 4).

Diante de tais situações é que o apoio matricial pretende contribuir através de modificações na estrutura organizacional dos encaminhamentos e interconsultas, estimulando as discussões de casos, consultas compartilhadas, entre outras ações, com um respaldo técnico e multiprofissional que promova a responsabilização de todos os profissionais de saúde ao cuidado à saúde das pessoas.

Para tanto, é necessária a reformulação do processo de trabalho tradicional, evitando encaminhamentos excessivos e desnecessários aos especialistas,

deixando a esses os casos que realmente requerem acompanhamento especializado.

2.4 Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde

Os serviços de SM existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, entre outros desafios. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatorios e das unidades básicas de saúde. Sendo assim, nota-se a importância de investir em modelos de atenção à SM que sejam desenvolvidos a partir da APS, proporcionando suporte para as equipes de saúde, sensibilização dos diferentes atores e novas tecnologias que atendam à totalidade desta questão.

Os diferentes arranjos assistenciais em SM convivem e apresentam aspectos muito distintos, pois alguns respondem melhor às necessidades apresentadas pelos pacientes e suas famílias e outros sequer conhecem quais as necessidades presentes, não sendo diferenciadas a gravidade dos casos e a singularidade dos sujeitos envolvidos, no processo assistencial, que aguardam em filas.

Segundo Merhy (1999), um novo modelo assistencial deve estar norteado pela rede básica de serviços, a qual busca articulação entre as tecnologias em saúde, a fim de permitir que se produza uma relação de confiabilidade e de responsabilização entre o trabalhador e o usuário. Ainda que este seja resolutivo em suas intervenções.

A APS sempre foi vista como a atenção básica, sendo compreendida, por muitas vezes, como o mínimo, o menos complexo, o pouco importante, e associada às práticas somente curativas e centrada na figura do médico. Desde a conquista do SUS, essas concepções limitadas de APS vêm sendo superadas e caminhando no sentido de valorizar todo o sistema de saúde, distanciando-se da estrutura piramidal e se aproximando do trabalho em rede.

Mendes (2011) defende que, para o desenvolvimento das RASs, se faz necessário que o cuidado aos usuários do sistema seja dado sob a lógica multiprofissional, compartilhando objetivos e compromissos com resultados

sanitários e econômicos. Sendo assim, os modelos de atenção hierarquizados e fragmentados vigentes devem avançar em direção à construção das redes de atenção à saúde, como representadas na figura seguinte:

Figura 1 – Modelos de atenção à saúde, segundo Mendes, 2011.
AC- Alta complexidade; MC- Média complexidade; AP- Atenção Primária.

Para tanto, trabalhar em prol da SM na APS requer adotar um olhar que apreenda a totalidade do ser social, das suas relações na sociedade, do acesso às políticas sociais de direito público e do trabalho intersetorial. A atenção primária tem a Saúde da Família (SF) como estratégia de organização, de acordo com os preceitos do SUS e busca a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

Alinhada a essa lógica, o governo lança a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como princípios norteadores (BRASIL, 2004, p. 9-10):

1. A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. O estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

3. O fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. A atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. A utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão, na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Incorporar esses elementos da PNH conceitualmente no cotidiano do trabalho das equipes de saúde significa incorporar dimensões que envolvem aspectos práticos, operacionais, ideológicos, políticos, éticos e teóricos. Esta política visa a fundamentar práticas inovadoras em saúde para melhorar a qualidade dos serviços prestados, facilitando o acesso e viabilizando atenção à saúde de modo usuário-centrado.

As políticas formuladas e reformuladas que discutem a APS apresentam diretrizes específicas que vêm reforçar outras políticas intersetoriais e reorientar o modelo assistencial, propondo elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para os usuários e uma rede de apoio social, considerando as necessidades de saúde da população.

2.5 Um olhar para a micropolítica do trabalho

Todas essas políticas, até então discutidas, incentivam práticas promocionais de saúde, estabelecem formas de acolhimento e de inclusão do usuário, otimizando o uso dos serviços e a avaliação de riscos para o acesso aos demais pontos da rede de cuidados.

Para tanto, os profissionais de saúde devem comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio, para uma maior eficácia na atenção em saúde.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, nota-se que muitos dos arranjos operacionais não vão ao encontro dos princípios e diretrizes das políticas vigentes, gerando a necessidade de análises institucionais. E alguns serviços quando

analisados, seja em sua organização seja na percepção acerca do papel de uma determinada equipe, é dado enfoque apenas a sua macroestrutura, de forma mais geral, não considerando aspectos direcionados às relações estabelecidas no processo de trabalho, aos interesses cotidianos particulares.

De acordo com Franco e Merhy (2003), para uma análise ser eficaz ela deve considerar e unir elementos que dizem respeito às relações intra e interinstitucionais e ainda alguns relacionados à micropolítica⁵ da organização dos serviços. Estes autores dizem que, ao analisar a complexidade do processo de trabalho e suas relações, não deve se limitar a um conteúdo, mas gerar questionamentos como: o *para que?*; *a quem?* e o *como?*, de forma a apontar um objetivo para o exercício profissional e nortear a intervenção em serviços no sentido de produzir sujeitos.

Nesse processo, os atores sociais são capazes de promover mudanças a partir do trabalho, pois detêm o recurso fundamental do conhecimento técnico – a prática profissional, principalmente a partir da experiência adquirida em seu cotidiano.

A transformação dos serviços de saúde, a incorporação do novo e a mudança de paradigmas podem ser viáveis, a partir da reorganização do processo de trabalho,

[...] desde que se permita que o trabalho vivo, que opera a partir do conhecimento e das relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/ estabelecimentos (FRANCO; MERHY, 2003, p. 07).

Os profissionais de saúde, tanto da ER quanto do NASF, só serão capazes de se perceberem sujeitos em ação, se puderem identificar que a força transformadora se encontra em si e tiverem compreensão dos processos vivenciados no seu trabalho, acreditando na possibilidade de mudança para a reorganização do trabalho. É a compreensão do processo “micro” decisório que poderá dar a dimensão dos problemas e a possibilidade de elaboração de ações que respondam às reais necessidades de saúde.

⁵ Segundo Franco (2006), a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.

Para Merhy (1998), o conjunto dos trabalhos em saúde gera um produto denominado atos de saúde e estes são capazes de intervir na realidade sanitária e, conseqüentemente, alterar a produção de um resultado em prol da satisfação do usuário, garantindo o seu direito.

Franco e Merhy (2003) ainda apontam que a análise junto aos profissionais deve mostrar o que eles estão vivendo a cada dia, os processos operacionais “automáticos”, envoltos pela burocracia dos estabelecimentos de saúde, impedindo a ação criativa e criadora de cada um. Esse aprisionamento do processo de trabalho anula sujeitos, tornando-os sujeitados.

A busca de uma clareza sobre o papel do NASF, a forma de reorganizar o processo de trabalho e cuidado ao paciente coloca como primeiro desafio entender exatamente o que representa o NASF dentro de um estabelecimento de saúde na APS, em particular nas unidades de saúde e compreender sob qual lógica ele opera.

A partir desse ponto, se faz essencial identificar e relacionar os diversos atores que estabelecem relação com o NASF, apresentando seus pedidos e contratando compromissos ao mesmo tempo, mesmo internamente ao próprio serviço. Por esta perspectiva, é possível dizer que ao utilizar-se de ferramentas analisadoras como a “rede de petição e compromisso”, toma-se conhecimento sobre os ruídos das situações cotidianas do mundo do trabalho, dos sentidos e sem sentidos que podem auxiliar para agir nas rupturas dos processos instituídos e nos quais possa atuar aceitando novos sentidos para o serviço através de tecnologias de apoio (MERHY, 1998; MALTA, 2001).

Enfim, o que se pretende com este trabalho é iniciar a discussão sobre as redes de petições e compromissos estabelecidas no universo da unidade de saúde e realizar uma análise da reorganização do serviço de SM gerada pela implantação do NASF. Este processo proporciona condições para a formação de sujeitos participativos que podem, assim, ser os construtores do devir e contribuir para a revelação de questões encobertas no dia a dia institucional.

3 JUSTIFICATIVA

Nesse cenário de mudanças políticas e sociais com repercussões no modelo de atenção à saúde, os municípios também sofreram um movimento de reorganização que requer ser desvendado.

As diferentes expectativas, concepções e demandas dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar podem imprimir direcionalidades distintas e gerar tensões no processo de trabalho e na produção dos atos em saúde. Perante tais considerações, justifica-se este trabalho que objetiva contribuir com a literatura desta área do conhecimento, ainda com poucos estudos disponíveis. Além disso, sendo um tema atual, poderá colaborar com a implantação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios que vivenciam realidades da mesma natureza.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de implantação do NASF e a reorganização do serviço de SM, sob a perspectiva dos profissionais envolvidos no cenário da APS.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais envolvidos no cuidado em SM do NASF e da ER;
- Caracterizar as principais demandas e os seus desdobramentos;
- Conhecer os sentidos, significados e expectativas dos profissionais sobre a implantação do NASF e da reorganização da SM;
- Analisar a rede de petição e de compromisso estabelecida na micropolítica do trabalho neste processo de mudanças.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que tem como características principais: abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos na temática focalizada pelo estudo. Essa metodologia responde a questões particulares, ao trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2007). A principal vantagem dessa metodologia é que possibilita captar algumas variáveis relacionadas a este tema que dialogam com os estudos quantitativos.

Tais considerações nos remetem a um estudo que possibilite revelar sentidos e significados emergentes dos cenários do cuidado à saúde da população. Sendo assim, considerar as questões sociais da saúde permite eleger uma abordagem qualitativa no seu delineamento, porém com a oposição complementar da abordagem de dados quantitativos.

Os dois tipos de abordagem quanti e qualitativa e os dados delas advindas não são incompatíveis, visto que, entre eles há uma oposição complementar que produz riquezas de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa (MINAYO, 2007, p. 22).

5.2 Campo e local de estudo

O município de Botucatu está localizado a 225 km da capital paulista no centro do Estado de São Paulo, e as rodovias Marechal Rondon e Castelo Branco são os acessos à cidade. Faz limites com os municípios de Anhembi, Bofete, Pardinho, Itatinga, Avaré, Pratânia, São Manuel, Dois Córregos e Santa Maria da Serra.

A cidade possui clima ameno (temperaturas médias de 22° C) e altitude relativamente elevada, que varia de 756m na baixada (antigo matadouro) a 920m no Morro de Rubião Júnior (ponto mais alto).

O município de Botucatu tem uma área de 1.483 km² e possui uma população de 127.328 habitantes, com uma densidade demográfica de 85,86 habitantes/km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A rede municipal de saúde deste município é composta por 18 UBSs, 10 pertencentes à ESF com 14 equipes, e as demais são UBSs tradicionais, e uma equipe do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Ainda o município conta com dois Centros de Saúde Escola sob gestão da Faculdade de Medicina da UNESP – Botucatu que são responsáveis por uma área de abrangência que não contempla a cobertura do NASF e outros programas municipais.

A gestão municipal distribuiu as UBSs dentro de áreas de abrangência, a partir de dados censitários com média de 20.000 habitantes por área e obedecendo à lógica da continuidade territorial e utilização da unidade de saúde pela população. Cada área de abrangência pode ter em sua formação apenas UBS, apenas USF, ou ambas.

5.3 A Unidade de Saúde e a ER

O município em questão está dividido em cinco áreas de abrangência (nomeadas de 01, 02, 03, 04 e 05) e cada uma com uma policlínica de referência e Unidades Básicas de Saúde.

O estudo foi desenvolvido em uma USF da área de abrangência de número cinco. Este local foi selecionado por ser o espaço de trabalho da pesquisadora e apresentar características diferentes das demais unidades de saúde, como: possuir duas equipes (uma urbana e outra rural) e equipe de Saúde Bucal. Com objetivo de respeitar o preceito ético da confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, o nome da unidade de saúde não será mencionado. Os participantes ganharam nomes de cores, seguidas de numerações para garantir o sigilo das informações pessoais dos entrevistados.

As equipes serão classificadas da seguinte forma:

- ER da zona urbana - cor amarela,
- ER da zona rural - cor verde,
- NASF - cor rosa.

O caminho que o estudo percorreu, para fins de materiais a serem utilizados e método de pesquisa, será apresentado em seguida.

5.4 Descrição sobre a composição e dinâmica de trabalho no NASF

A área 05 é composta por quatro USFs, com cinco equipes, e uma UBS, dentre elas a unidade de saúde em que se desenvolverá a pesquisa. Esta USF compreende duas ERs e uma equipe NASF de apoio com os seguintes profissionais e sua periodicidade nas unidades de saúde:

- Assistente social – semanal
- Psicólogo – semanal
- Farmacêutico – semanal
- Terapeuta ocupacional – quinzenal
- Fisioterapeuta – quinzenal
- Profissional de educação física – quinzenal
- Nutricionista – quinzenal
- Psiquiatra – mensal

A dinâmica de trabalho do NASF se desenvolve através do Apoio Matricial (AM) no período da manhã (08 – 12h), em dia da semana fixo, no qual a equipe se desloca até uma das unidades de saúde de referência para a realização das atividades designadas para esta equipe, conforme o cronograma do profissional (semanal, quinzenal e mensal).

Nos dias em que o NASF está na unidade de saúde coincide com a Reunião de Equipe (RE), possibilitando a Reunião Matricial (RM) na USF no mesmo dia da semana e com a mesma frequência do AM, sendo a RM das 13h às 15h e a RE das 15h às 17h (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2012).

Em um único dia da semana (segunda-feira), no período da manhã, todas as equipes do NASF participam no Espaço Saúde de reunião entre eles e o coordenador. Tais atividades estão ilustradas no **Quadro 1**.

Segundo o projeto de implantação do NASF da Prefeitura Municipal de Botucatu (2012), as atividades a serem desenvolvidas pelo NASF/SM devem compreender: atendimentos individuais em casos específicos, grupos e visitas domiciliares, visto que todas estas devam ser compartilhadas, além de ferramentas tecnológicas como a educação permanente, elaboração de projetos terapêuticos singulares, desenvolvimentos de clínica ampliada, mobilização da participação popular, articulação da rede de assistência e discussão de casos.

Ainda, a equipe NASF realiza grupos de referência municipal como: dependência química de adultos, adolescentes e seus familiares, tabagismo e criança e adolescentes em sofrimento psíquico, todos alocados no Espaço Saúde⁶, não no contexto das unidades de saúde, pois esses grupos destinam-se a oferecer suporte às demandas que necessitam de uma atenção mais especializada.

ÁREA	PERÍODO	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
5	Manhã	R NASF	AM USF 1	AM USF 2	AM USF 3	AM USF 4
	Semanal		Psicólogo Assist. Social Farmacêutico	Psicólogo Assist. Social Farmacêutico	Psicólogo Assist. Social Farmacêutico	Psicólogo Assist. Social Farmacêutico
	Quinzenal		Fisioterapeuta T.O.	Educador Físico Fisioterapeuta	Nutricionista Ed. Físico	T.O. Nutricionista
	Mensal		Clínica do Bebê Psiquiatra	DST	Saúde Escolar	Práticas Complement. Integradas
	Tarde		RM + RE	RM + RE	RM + RE	RM + RE

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas pelo NASF, na área de abrangência de número cinco.

O NASF foi inaugurado em janeiro de 2012 e inicialmente todos os profissionais desta equipe participaram de capacitação ofertada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que teve por objetivo trabalhar, no período de uma

⁶ O Espaço Saúde é um serviço que tem por proposta concentrar todos os programas municipais, inclusive é a sede do NASF.

semana, temas como Políticas de Saúde, história do SUS, Modelos de Atenção à Saúde, Conceito ampliado de saúde, entre outros.

Em seguida, os enfermeiros e gerentes das unidades de saúde também participaram deste momento e auxiliaram na construção dos indicadores de saúde e metas para o município. No decorrer desta, sentiu-se a necessidade de incluir os demais profissionais de todas as equipes de saúde, tanto UBS quanto USF, a participar das capacitações e assim foi feito pela gestão municipal.

5.5 Participantes da pesquisa

A amostragem de pesquisa qualitativa não trabalha com representatividade estatística em relação ao universo de participantes, ou seja, independe do critério numérico de participantes e utiliza uma amostra que represente a totalidade do fenômeno que se pretende estudar, em suas múltiplas dimensões (CAMPOS, 2001).

Assim, o universo de participantes da pesquisa foi com representantes das diferentes profissões de saúde que estão envolvidos no processo a ser estudado, sendo estes os integrantes da equipe de uma USF, totalizando 38, abrangendo as seguintes categorias: auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, enfermeiro, cirurgião dentista, médico e residente do Programa RMSF, bem como os profissionais da equipe NASF composta por terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, farmacêutico, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psiquiatra.

5.6 Critérios de seleção

Foram incluídos todos os profissionais de saúde que atuam na Unidade de Saúde e concordaram com a pesquisa, independente do sexo, escolaridade e categoria profissional.

A pesquisadora e as pessoas que não concordaram com a pesquisa ou se encontravam de férias/licença foram consideradas inelegíveis.

5.7 Procedimentos para a coleta

5.7.1 Fonte primária

As entrevistas foram desenvolvidas através de um questionário semiestruturado, conforme **Apêndice - A**, registrado por meio de gravação magnética com transcrição na íntegra, sendo as mesmas destruídas ao final da pesquisa. O tempo de duração da entrevista foi de aproximadamente uma hora.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2007, p. 64).

Como se observa, a principal ferramenta de uma pesquisa qualitativa é a entrevista, recurso que permite estudos das ações passadas, dos conhecimentos sociais, dos sistemas de valores e normas, tendo sempre a palavra como vetor principal (SOUZA; ZIONI, 2003). Trata-se de uma técnica privilegiada na construção do conhecimento, sendo uma das mais usadas nos trabalhos de campo (MINAYO, 2007; SPINK, 1993).

A entrevista está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade, como forma privilegiada de interação social [...], cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos (MINAYO, 2007, p. 65).

A entrevista quando utilizada no sentido mais amplo, contemplando a observação do sujeito em interação – pela fala e atitudes – com sua realidade social permite ao pesquisador um desenho significativo do quadro estudado (SPINK, 1993; SOUZA; ZIONI, 2003).

5.7.2 Fontes secundárias

As fontes secundárias utilizadas foram obtidas através dos registros realizados pelo NASF nas discussões de casos para caracterizar as principais demandas apresentadas pelos profissionais da ER.

5.8 Rede de petição e compromisso

A utilização da “rede de petição e compromissos”, como um método interlocutor para construção da pesquisa social, contribuiu para a ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde sob o ponto de vista macro e microestrutural e proporcionar questionamentos quanto: “Quem demanda ao NASF e determina a sua rede de petição e compromissos, inclusive a dinâmica de seu funcionamento?”, “Quem, em seus pedidos, coloca o usuário “paciente” ou a proposta de novas tecnologias à margem dos processos inter e intrainstitucionais?”.

A rede de petição e compromisso deve coordenar uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional, governando recursos e fins. Ainda, esta ferramenta analisadora permite a desconstrução e a simultânea construção do imaginário coletivo em torno das questões colocadas pelo serviço de saúde, o trabalho e as relações implicadas com os produtos deste mesmo serviço (MERHY, 1999, 2006).

Figura 2 – Fluxo de encaminhamento dos pacientes para os profissionais do NASF.
Fonte: Prefeitura Municipal de Botucatu, 2012.

A partir do fluxograma estabelecido pela gestão municipal dos serviços, conforme segue **Figura 2**, e das informações obtidas através de outros instrumentos de pesquisa, foi desenvolvida uma análise que permitiu refletir sobre os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revelar a maneira de governá-lo articulado às finalidades dos serviços de saúde.

5.9 Análise e descrição dos dados

Na análise estatística e descrição dos dados sociodemográficos dos entrevistados, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil,

renda, escolaridade, tempo no cargo, formação profissional e aprimoramento na área de SF e SM. Para a análise da fonte de dados secundários, utilizaram-se idade dos pacientes, sexo dos pacientes, profissional que apresentou caso à discussão, encaminhamentos do caso e áreas estratégicas. Os dados foram transpostos para tabela do software Microsoft Excel[®] e analisados estatisticamente. As variáveis foram expressas em porcentagens, médias e desvio padrão.

Os demais dados foram analisados dentro da perspectiva de pesquisa qualitativa que tem como foco principal a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar, podendo caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social, na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (GOMES, 2008).

Essa técnica, segundo Minayo (2007), leva a encontrar respostas para questões formuladas e confirmar ou não as afirmações feitas, antes da realização da pesquisa.

As etapas contempladas desta análise foram: leituras complementares – proporcionando uma visão do conjunto e determinação dos conceitos teóricos; categorização após leitura do material; inferência, descrição e elaboração da síntese interpretativa (GOMES; MINAYO, 2008).

De acordo com Bardin⁷ (1979 apud GOMES, 2007, p. 88), a categorização é

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricadas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

Toda e qualquer análise deve buscar as relações entre fragmentos que compõem o todo, pois os modos como esses fragmentos se relacionam, tanto os determina quanto é determinante do todo composto (ZANELLA, 2007).

5.10 Aspectos éticos

⁷ BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

O projeto de pesquisa foi remetido à SMS de Botucatu-SP para permissão do desenvolvimento do estudo na rede municipal de saúde (**Anexo - A**). Em seguida, encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, UNESP/Botucatu (**Anexo - B**), tendo sido adotados os procedimentos pertinentes, previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo das informações para preservar a identidade dos participantes.

Todos os participantes foram previamente consultados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação, sendo esta condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no **Apêndice - B**.

No processo de toda a pesquisa, é fundamental garantir os seguintes princípios éticos:

- 1) Esclarecimento sobre a metodologia no início e durante a coleta dos dados;
- 2) Liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento;
- 3) Sigilo e confidencialidade dos dados de identificação do participante (Brasil, 2012).
- 4) Os resultados serão apresentados à ER e ao NASF, para a troca de informações, pensando na reavaliação e elaboração de possíveis intervenções.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O perfil sociodemográfico dos profissionais da ER e NASF

O estudo incluiu 32 profissionais do total de 38 atuantes no quadro de funcionários da USF e do NASF da área de abrangência estudada, no ano de 2012. Foram excluídos do estudo seis funcionários da USF, quatro por motivos de férias e dois por licenças; e um profissional do NASF por ser a pesquisadora deste estudo. Os participantes foram entrevistados nas dependências da USF, em ambiente calmo respondendo a questionário aplicado pelo pesquisador.

Vinte e cinco funcionários da ER foram entrevistados: 8 profissionais da zona rural (quatro agentes comunitários de saúde, um ACD, uma enfermeira, uma médica e um auxiliar de enfermagem) e 17 profissionais da zona urbana (quatro agentes comunitários de saúde, um ACD, uma enfermeira, uma médica, um dentista, seis auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e um residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP). Sete profissionais do NASF também foram entrevistados (uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma psiquiatra, um educador físico, um nutricionista, um farmacêutico e um psicólogo). Os dados descritos acima se encontram ilustrados no **Apêndice - C**.

Dos 32 entrevistados, 29 eram do sexo feminino (90,6%). Declararam o estado civil como: 13 solteiros (40,6%), 13 casados, três divorciados ou separados (9,3%) e três em união estável. Apresentaram média de idade e desvio-padrão de $32 \pm 7,7$ anos (variação: mínima de 19 anos e máxima de 50 anos). A faixa etária com maior número de entrevistados foi dos 25 aos 29 anos, totalizando 12 deles (37,5%). O número de entrevistados, nos diversos grupos etários de cinco em cinco anos, está representado no **Gráfico 1**.

Gráfico 1 – Profissionais entrevistados, de acordo com faixa etária em anos. Botucatu, 2012.

Para o cálculo da renda dos profissionais, foi considerado o salário-mínimo de R\$ 678,00⁸, vigente desde o mês de janeiro de 2013. A renda média de todos os entrevistados foi de 3,3 salários-mínimos (mínimo de 1,1 e máximo de 13,3). Os funcionários da USF declararam renda média mensal de 2,6 salários-mínimos (mínimo de 1,1 e máximo de 13,3). Os funcionários do NASF declararam renda média mensal de 4,4 salários-mínimos (mínimo de 2,6 e máximo de 11,8).

Os profissionais entrevistados tinham tempo de serviço médio de três anos e sete meses no cargo atual (mínimo de três meses e máximo de 10 anos). Vinte e quatro estudaram em ensino público de forma majoritária (74,8%), e oito estudaram em ensino particular de forma majoritária (25,2%). Os entrevistados da ER possuem grau de escolaridade descrito: um ensino fundamental completo (4%), dois ensino médio incompleto (8%), 11 ensino médio completo (44%), cinco ensino superior

⁸ Dados disponíveis no site: < <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/releases/presidenta-fixa-salario-minimo-em-r-678-00-e-zera-ir-sobre-participacao-nos-lucros-de-ate-r-6-mil>> Acesso realizado em 02 de agosto de 2013.

incompleto (20%), e seis pós-graduação (24%). Dos entrevistados do NASF, dois possuem ensino superior completo (28,6%) e cinco pós-graduação (71,4%).

Vinte e três (71,9%) fizeram curso na área de SF e/ou SM, demonstrando este dado que a maioria dos entrevistados já realizou capacitação sobre a atual área de atuação profissional. A prática de educação continuada na rede de APS permite a atualização profissional e continuidade na aprendizagem de temas que fazem parte do cotidiano do trabalho na unidade de saúde. Porém, nove dos profissionais entrevistados (28,1%) não realizaram cursos nas áreas em questão, possuindo tempo médio no cargo atual de dois anos e 10 meses (mínimo de três meses e máximo de oito anos).

O conhecimento do perfil sociodemográfico dos entrevistados permitiu a compreensão do cenário atual da ESF e seus atores. Tais conhecimentos podem auxiliar na adequação das propostas de intervenção, nos investimentos de saúde e nas ações que incentivem a qualificação profissional nas áreas estratégicas de SF e SM.

6.2 As principais demandas e os seus desdobramentos

As reuniões entre o NASF, RMSF e a ER eram realizadas semanalmente com duração média de uma hora e trinta minutos. Os documentos de registros produzidos nas discussões de casos constituíram as fontes de dados secundários e foram analisados neste estudo de forma retrospectiva.

Em 2012, 217 casos foram discutidos com a equipe do NASF. Os casos discutidos por mais de uma ocasião foram contabilizados apenas uma vez. Os pacientes, índices dos casos, apresentaram média de idade e desvio-padrão de $33,75 \pm 22,34$ anos (mínimo de um e máximo de 87 anos). Eram 76 homens (35%) com média de idade de $28,73 \pm 24,10$ anos (mínimo de um e máximo de 81 anos) e 141 mulheres (65%) com média de idade de $36,41 \pm 21,11$ anos (mínimo de dois e máximo de 87 anos). O **Gráfico 2** mostra a distribuição do número de casos discutidos, segundo o sexo dos pacientes e a faixa etária de cinco em cinco anos.

Gráfico 2 – Distribuição do número de casos discutidos, segundo o sexo dos pacientes e faixa etária. Botucatu-SP, 2012.

O **Gráfico 3** representa a porcentagem de casos que o profissional da ER apresentou para discussão com o NASF. Os profissionais de nível superior, ou seja, médicos, enfermeiros e residentes, foram responsáveis por 87% dos casos discutidos com o NASF. Percebem-se ruídos acerca da petição dos outros profissionais da ER pela pouca participação nas discussões, dificultando a identificação de casos de SM e de outras áreas do conhecimento do NASF nos diferentes espaços da unidade, como: farmácia, pós-consulta, sala de espera, recepção, comunidade, visitas domiciliares ou institucionais e outros.

Gráfico 3 – Profissional que originou encaminhamento do caso para discussão com a equipe NASF. Botucatu, 2012.

As demandas apresentadas nas discussões foram classificadas nas áreas estratégicas apresentadas pelo CAB n. 27 (BRASIL, 2010). A queixa principal identificada pelos profissionais da ER foi utilizada somente para fins norteadores, não se restringindo a elas a discussão da situação-problema.

Assim, a maioria dos casos discutidos ($n=146$, 67,3%) era da área estratégica de SM, com média de idade de 27,9 anos (mínimo de 1 e máximo de 86 anos). Seguida em frequência decrescente por 33 pacientes (15,2%) da área de Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa, com média de idade de 52,1 anos (mínimo de 23 e máximo de 80 anos); Alimentação e Nutrição com 21 pacientes (9,7%), média de idade 42,9 anos (mínimo de seis e máximo de 87 anos); Atividade Física/Práticas Corporais com 16 pacientes (7,3%), média de idade de 36,8 anos (mínimo de oito e máximo de 67 anos); e Práticas Integrativas e Complementares com um paciente feminino (0,4%) de 19 anos (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 – Distribuição dos casos discutidos entre a ER e o NASF, de acordo com a classificação das áreas estratégicas do CAB n. 27 (BRASIL, 2010). Botucatu, 2012.

A área estratégica de SM foi responsável pela maioria dos casos discutidos em 2012. Provavelmente porque a rede de saúde municipal contava com ESM há sete anos, e o trabalho com essa demanda já havia sido estabelecido ao processo de trabalho da ER. Ainda, a ESM foi incorporada ao NASF e suas ações continuaram voltadas fortemente para intervenções psicossociais.

O **Gráfico 5** demonstra o número de casos, em diversas áreas estratégicas, por faixa etária de cinco em cinco anos. Os casos da área de SM são os mais numerosos, nas diversas classificações etárias. A faixa etária dos cinco aos nove anos apresentou o maior número de casos, com 75% pertencentes à área estratégica de SM, 21%, à Alimentação e Nutrição e 04% pertencente à Atividade Física.

Gráfico 5 – Número de casos discutidos com o NASF, de acordo com a faixa etária e a classificação das áreas estratégicas do CAB n. 27 (BRASIL, 2010). Botucatu, 2012.

O conceito de criança, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são os indivíduos com idade de 12 anos incompletos. Nesta faixa etária, foram discutidos 48 casos (22%), a maioria deles pertencentes à área estratégica de SM (82%). A alta prevalência das discussões de casos nesta faixa etária e as particularidades do atendimento às crianças justificam a realização de capacitações dos profissionais da APS voltadas para esta área do conhecimento, bem como investimentos em ações de caráter preventivo e de promoção de saúde.

Ao final de cada discussão, os casos eram direcionados para Projetos Terapêuticos Singulares⁹ (PTS), e as condutas adotadas foram, na maioria das vezes (n=129, 59,4%), coordenadas pela equipe do NASF (atendimento especializado NASF, Grupo de Recepção e Escuta, Grupo de Dor, Grupo de Pais, Grupo de Qualidade de Vida). Quase um terço dos PTSs (n=63, 29%) foi

⁹ O termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi adotado neste estudo conforme registros dos documentos do NASF para determinar o direcionamento dos casos discutidos.

coordenado de forma compartilhada, pela equipe NASF e a ER (visita domiciliar compartilhada e atendimento compartilhado). Menos de um décimo dos PTSs (n=20, 09,2%) foi coordenado pela ER (atendimento equipe), ou eles realizaram o PTS fora da USF (n=16, 07,3%) (Psiquiatria – UNESP, Outros Serviços) - **Gráfico 6**.

Gráfico 6 – Condução dos PTSs, após discussões de casos entre a ER e o NASF. Botucatu, 2012.

Os dados apresentados no **Gráfico 7** demonstram que a maioria dos casos é resolvida ou acompanhada na APS (n=201, 93%), aproximando a USF da proposta de coordenar o cuidado em saúde e ser articuladora da rede de serviços intersetoriais. Porém, a ER não coordenou a maioria dos PTSs, demonstrando uma fragilidade em se responsabilizar pelo cuidado e continuidade no acompanhamento dos casos pertencentes à sua área de abrangência.

Gráfico 7 – Gráfico de porcentagem de local de tratamento dos pacientes atendidos pelo NASF. Botucatu 2012.

Essa característica se distancia da proposta de matriciamento que, de acordo com Brasil (2011), se caracteriza por ser uma retaguarda especializada da assistência, no sentido de suporte técnico-pedagógico e de apoio institucional para construções coletivas de projetos terapêuticos junto à equipe e população, diferenciando-se da supervisão, visto que o matriciador participa ativamente do projeto terapêutico.

Oliveira (2008) traz em seu artigo que o apoio matricial lança ao processo de trabalho das equipes novas possibilidades de troca de saberes entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção, proporcionando articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

Os dados apontam que a proposta de compartilhar conhecimentos entre os profissionais da ER e NASF fica prejudicada, caracterizando-se este último como um serviço secundário especializado e não de suporte a aspectos pedagógicos, fragilizando a rede de cuidado a partir da APS sob a responsabilidade da ER.

6.3 Sentidos, significados e expectativas dos profissionais da ER e NASF

O material obtido por meio da pesquisa de campo foi explorado de modo que permitisse a classificação de núcleos de compreensão do texto. Nesse sentido, Minayo (2007, p. 317) esclarece que “o pesquisador busca identificar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”.

Para melhor ilustrar os resultados e responder aos objetivos deste estudo, os resultados foram organizados em dois temas centrais: *A implantação do NASF*; e *A reorganização da área estratégica de SM*. Após a imersão no material coletado, foram encontradas categorias gerais em cada tema que refletem o objetivo deste estudo. São elas:

- *Implantação do NASF:*
 - Entendimento sobre o NASF;
 - Inserção do NASF na USF e suas consequências;
 - Organização do trabalho do NASF no município;
 - Modelo de Atenção em Saúde e a proposta do NASF;
 - Desafios e contribuições.

- *A reorganização da área estratégica de SM:*
 - Conceito de SM;
 - A prática em SM.

O processo de análise proporcionou identificar dentro dessas categorias gerais novas categorias temáticas. Dessa forma, estas surgiram do entrelaçamento entre o uso dos repertórios interpretativos no decorrer da conversa, a literatura investigada durante a pesquisa e a interpretação da pesquisadora.

6.3.1 A implantação do NASF

A percepção dos profissionais em relação à implantação do NASF suscitou categorias de análise e discussão que serão desenvolvidas a seguir. E para fins didáticos e de padronização, utilizaram-se alguns referenciais teóricos que vão ao encontro do apresentado no CAB n.27, visto que este orienta o desenvolvimento do serviço e define suas atribuições (BRASIL, 2010).

6.3.1.1 Entendimento sobre o NASF

A investigação sobre o papel do NASF auxiliou na análise sobre entendimento que os entrevistados possuem sobre o serviço e que esta equipe pode exercer na realidade da unidade de saúde.

Das entrevistas, a maioria relacionou o NASF ao conceito de **matriciamento** e/ou equipe de apoio, características que estão de acordo com o embasamento teórico no qual o estudo está respaldado.

“O NASF eu vejo que é um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, né? Os profissionais vêm pra gente fazer matriciamento. Clínica ampliada, né? E a proposta não é atender mesmo individual pelo o que eu pude perceber, mas sim um atendimento conjunto, junto com a equipe, uma vez que a uma referência da comunidade é a equipe, né? Então, o NASF vem mesmo pra apoio dos casos que a gente tem dificuldade de estar solucionando, ou qualquer outra coisa que a gente estiver precisando de profissional específico, tipo fisioterapeuta, farmacêutico, TO. Eu acho muito importante o atendimento do NASF, desde que seja, que a equipe entenda e receba bem e que seja bem planejado, pra dar certo.” (Amarelo 16)

“Então a gente lê o caderno do Ministério, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A gente tem consciência do que o NASF precisa fazer que na verdade é um trabalho de apoio mesmo, né? Claro que isso tem muitas interpretações, muitas vertentes eu acho, é que claro, tem muitos desdobramentos por conta disso [...] o que falta eu acho é a gente ter conhecimento de outros NASF em outros municípios, pra gente se basear.” (Rosa 06)

No entanto, mesmo com a compreensão dos conceitos e papel do NASF, notam-se, nos relatos, ruídos no ato da realização do matriciamento, uma vez que alguns entrevistados referiram sobre a **necessidade de aceitação e entendimento do NASF pela ER** para que as ações estabelecidas, teoricamente, sejam incorporadas ao cotidiano do trabalho.

O matriciamento exige um trabalho interdisciplinar entre a equipe matriciadora e a matriciada, porém esta última deve estar aberta para sofrer um rearranjo técnico operativo e teórico-metodológico, e ambas dispostas a superar obstáculos subjetivos e culturais. Este trabalho interdisciplinar, para Campos e Domitti (2007), depende da predisposição subjetiva do enfrentamento das incertezas afloradas no processo de trabalho, e da possibilidade de receber, fazer críticas e de compartilhar decisões.

As citações seguintes são de profissionais do NASF que demonstram **insatisfação com a atuação prática**. Esta se deu pela dificuldade em efetivar a proposta de matriciamento, visto que os profissionais do NASF são demandados frequentemente por atendimentos individuais e para atendimento como “porta de entrada” do serviço, distanciando-se das atividades compartilhadas com a ER, gerando conflitos entre as petições e os compromissos.

“Eu percebo o NASF no sentido de mais matriciar do que atender, o que a gente faz é mais atender do que matriciar, e, essa formação dos outros profissionais, entrar e atender junto, que eu acho que é o mais legal do NASF, não está acontecendo. Eu acho que o carro-chefe seria a questão do matriciar. Eu vejo assim que é mais pra formação do outro profissional, como complemento pra formação dele.” (Rosa 03)

“Serve como um apoio pras unidades, que aqui em Botucatu tanto pra Estratégia Saúde da Família ou não. E a gente tenta não ser porta de entrada pros usuários. Às vezes a gente acaba dando uma desviada, mas o que a gente tenta mesmo é atender assim, a partir da demanda da unidade. E isso até é uma dificuldade da unidade. Não você tem que ir, eles pegam mais a gente ter ideia de atividades na unidade, mas na realidade a gente está pra apoiar, matriciar, o que a equipe está precisando, não pra gente ficar inventando um milhão de coisas que também não vão fazer sentido pra unidade.” (Rosa 04)

Dentre as ações previstas para o NASF está a de organizar o seu processo de trabalho com a ER, através de ações compartilhadas como atendimentos, reuniões, discussões territoriais, bem como ações profissionais especializadas, segundo a necessidade dos casos.

As ações especializadas devem ser utilizadas a partir de discussão e negociação dos casos com os profissionais da ER e serem executadas em situações extremamente necessárias. Essas não podem prejudicar o envolvimento da ER no acompanhamento dos casos, mas sim proporcionar um seguimento complementar ao cuidado do usuário, família e/ou comunidade (BRASIL, 2010).

Ao referirem sobre o matriciamento, muitos dos entrevistados entendem este modo de trabalhar no sentido de oportunizar a **troca de saberes** com a ER e proporcionar uma visão diferenciada de outros profissionais de saúde e outras áreas do conhecimento nas ações da unidade.

“[...] são profissionais que vêm dar apoio pras unidades, pra matricular, né? Pra trazer outra visão [...] uma visão diferente dos profissionais que está dentro da Estratégia da Saúde da Família porque a gente não tem esse aprendizado na faculdade, aí vem a somar com o aprendizado do NASF e matricular.” (Amarelo 17)

“Acho que é uma equipe que nos ajuda em vários aspectos da atribuição específica de cada profissional trazendo a própria avaliação, das famílias também. Trazendo a sua visão diferente da equipe, como profissional ou pessoal, ou pra criar um vínculo também. Acho que ajuda criar um vínculo com a família e, principalmente, eu acho que o papel de capacitar a equipe pra conseguir, não assim substituí-lo, mas assim a ter instrumentos pra conseguir lidar com a maioria dos problemas da população dentro daquilo que si propõem, né? Acho que é esse papel.” (Amarelo 15)

Nota-se nas falas uma compreensão de NASF que está de acordo com o referencial teórico, no qual o define como equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais da ER (BRASIL, 2010).

Segundo Oliveira (2008) e o CAB n. 27, Brasil (2010), o NASF tem como proposta trabalhar a clínica ampliada como eixo norteador de suas práticas, para que os profissionais da ER e gestores possam romper com a abordagem fragmentada que diminui o usuário a um recorte do diagnóstico ou de áreas profissionais.

Apesar dos dados anteriores apontarem para uma compreensão sobre o NASF como equipe que realiza o apoio através da troca de conhecimentos, um número significativo de entrevistados demonstraram conceituar o NASF como uma equipe que desenvolve somente ações de **modo assistencial**, para atender os

casos que a ER teve dificuldade de resolver, contradizendo a sua característica técnico-pedagógica.

“O NASF pra mim é um complemento da rede básica que a gente pode utilizar, se a gente não dá conta, a gente pega o NASF, e eles auxiliam no que a gente precisa, grupo psicólogo, tudo que a gente precisar pra estar ajudando.” (Amarelo 09)

“Acho que o que a gente não consegue fazer sozinho o NASF está pra ajudar, os pacientes que a gente não consegue resolver os problemas, que têm queixa, as mesmas queixas, vêm no posto e a gente não resolve, eles vêm queixoso toda vez [...] Têm muitos pacientes que não estão vindo no posto mais como estava. Acho que foi importante, entendeu? A ajuda do NASF é muito importante, eu achei legal.” (Amarelo 13)

Dentre as citações, uma entrevistada refere que a equipe NASF deve realizar atendimentos e estar disponível para a ER, auxiliando nas demandas antes mesmo de desenvolverem o apoio matricial. Nota-se questionamentos aos limites de atuação dos profissionais do NASF e ao desenvolvimento de atividades sem o envolvimento da ER.

“Aí, o NASF seria um apoio, né? Só que pra ter essa parte, acho que primeiro tem que ter onde a gente ter que recorrer primeiro, pra depois a gente poder tocar as demandas, os grupos, mais primeiro ter o atendimento. Isso se preparar pra esse tipo de atendimento, após isso, fazer essa parte de apoio.” (Amarelo 12)

O NASF assimilado ao conceito de matriciamento e/ou apoio foi citado quase que no total das falas. Porém, ao desenvolverem seus relatos e detalharem suas percepções, percebe-se que esta equipe é compreendida como um recurso especializado *in loco*, que facilita o acesso da população e os encaminhamentos da ER aos serviços que não são ou estão oferecidos na USF. Esses dados identificam a necessidade dos profissionais entenderem o matriciamento como uma lógica produtiva, possibilitando o desenvolvimento de potencialidades da ER para a atenção às demandas de saúde.

Outros entrevistados entendem o NASF como uma **equipe de acolhimento, orientações e abordagem de questões psicossociais**, evidenciando características da área estratégica de SM.

“Eu acho que tipo assim, daquela coisa que as pessoas procuram psicólogo, assistente social, uma ajuda assim. Eu pra alguma situação da família ou tendo alguém da família que precisa se aposentar e não tem noção do que precisa, de como ir atrás pra conseguir tal benefício. Tem o NASF aqui poder dar uma orientação, esclarecer algumas dúvidas deles. Acho que essa parte assim, e uma pessoa que está com algum problema assim, psicológico, que na vida está afetando alguma coisa deles. Acho que eles fazem esse caminho pra melhorar assim a situação deles. Pra mim o NASF é mais ou menos isso.” (Amarelo 06)

“Eu acho que seria mais a parte emocional de todos os pacientes, porque tem alguns que já são até fichinhas marcadas, que vêm aqui sempre passar por consulta eventual, mais a gente vê que quando eles vêm com o NASF é uma consulta diferente, é alguma coisa diferente porque parece que eles saem mais avaliados. As médicas, elas conversam tudo mais, não é o que o realmente, às vezes, o paciente precisa de uma atenção emocional, às vezes problema, doença que ele tenha mais emocional do que patológico mesmo. Seria a base, o acolhimento, o suporte dos pacientes que eles não encontram aqui, porque, às vezes é complicado vem na consulta eventual, própria mesmo na consulta médica, e os médico tão atordoados, tão superlotados de pacientes e às vezes não recebem essa atenção que eles merecem, e que eles precisam.” (Amarelo 14)

Esses conceitos possivelmente estão associados à frequente demanda de SM apresentada na rotina da ER, conforme resultados ilustrados acima que demonstram a maioria das discussões de casos pertencentes à área estratégica de SM. Outro aspecto a ser considerado é o trabalho que era desenvolvido pela ESM, preservando algumas atividades como grupos de recepção e escuta e avaliações psicossociais. Tais fatos geram reflexões acerca de que a ER tem dificuldade em trabalhar com este seguimento e necessita do NASF para auxiliar no atendimento destes casos.

Pinto et al. (2012) referem que a promoção de saúde, preconizada nas políticas vigentes, diverge do cotidiano das relações terapêuticas, pois o cuidado se revela prescritivo, os procedimentos são de controle e intervenções programáticas no processo saúde-doença-cuidado.

Nota-se resistência dos profissionais para a realização de atendimentos às pessoas com problemas psíquicos. O sofrimento subjetivo, neste contexto, é entendido como doenças, visto que este dificulta a adesão do paciente às práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudável.

Deve-se considerar que todo problema de saúde gera sofrimento emocional, assim como toda SM é produção de saúde. É importante e necessária a articulação

da equipe NASF com toda a rede de saúde, sobretudo com a APS, auxiliando também a ER a trabalhar a dimensão psicossocial (BRASIL, 2010).

O NASF também é entendido como uma equipe que surge para **fortalecer e organizar a rede de cuidados a partir da APS** e, ainda, ampliar o conceito de saúde para abordar as pessoas de forma integral, distanciando da assistência fragmentada.

“Eu acho que NASF é uma equipe que chega pra tentar mudar um pouquinho a cara da atenção básica, né? Com trabalho multiprofissional, com profissões diferentes [...] tentando trabalhar integrados. Eu acho que o principal seria pra tentar melhorar, quanto mais pessoas, mais cabeças juntas, a gente consegue ampliar e a gente consegue ver a pessoa de uma maneira mais integral. Eu acho que ele vem mesmo pra essa mudança, pra tentar dar mais resolutividade pro sistema, na atenção básica, eu acho que o principal do NASF é isso. Apoiar as equipes sim! Mas também tenta ampliar o escopo de ação.” (Rosa 05)

“NASF é uma proposta de qualificar melhor, ampliar e qualificar o atendimento na Atenção Básica. É uma proposta também de melhorar a organização dos serviços saúde mental, de saúde. A partir do momento que você consegue dar conta de alguns casos na Atenção Básica, você não está de fato priorizando o serviço secundário e terciário em saúde mental. Então, acho que a gente qualificar mais, a gente faz quase uma prevenção de agravos, mas a gente tem um papel fundamental que é arrumar um pouco a rede, aperfeiçoar o uso da rede, digamos assim. Que o paciente que pode ser atendido na Atenção Básica seja de fato atendido na Atenção Básica, também a gente resolve, o problema dos gestores de unidades, secundários e terciários, porque a gente de fato usa esse serviço secundário e terciário pra quem precisa dele. Então se você não mudar o modelo, não desviar um pouco da atenção, do cuidado, tirar só do médico, e do remédio, ia ser legal também, você mudar um pouco esse modelo.” (Rosa 07)

Nesse sentido, as falas dos entrevistados se alinham à concepção externada no artigo das autoras Nascimento e Oliveira (2010), e que por sua vez concordam com a *Portaria nº. 2.488* que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de suas diretrizes e normas para contribuir com a reorganização da APS. De acordo com esse documento, a responsabilização compartilhada pelo conjunto NASF e ER deve acompanhar os casos de forma interdisciplinar, e a prática dos encaminhamentos reavaliada, modificando a coordenação do cuidado na RAS, tornando a APS como centro ordenador desta rede (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A abordagem sobre as atribuições do NASF possibilitou também a percepção das suas *competências*. As entrevistas (23) trouxeram conteúdos relativos às **atividades que o NASF pode realizar**, enfocando pelo menos duas ações, diretrizes e/ou princípios relacionados no CAB n. 27 (BRASIL, 2010).

De modo geral, as atividades apresentadas nas entrevistas foram: atendimentos compartilhados, ações comuns nos territórios, grupos, visitas domiciliares, atendimento individual, discussão de casos e acolhimento. Também apontaram os seguintes princípios e diretrizes: intersetorialidade, educação permanente em saúde e educação popular em saúde.

“São atividades mais de matriciamento, né? De aprender conjuntamente com os profissionais da unidade, de discutir casos, de fazer visita nas casas, de orientação, orientar a equipe, fazer capacitação com a equipe também, treinamento com os agentes, enfermagem, com os médicos também e acho que é isso.” (Verde 06)

“Acho que o NASF é muito amplo, porque ele não pode ficar restrito a atendimento grupal e individual, também não é o caso, mas acho que dá pra fazer um grupo, por exemplo, num Centro Comunitário, trabalhar com o CRAS, trabalhar em outra região, em outra área que às vezes não é nem da saúde, mas que vai fazer diferença. Então pode trabalhar com grupos não só de qualidade de vida, outro tipo de grupo. É que nem aquele projeto que a gente está fazendo, de trabalhar junto com o pessoal do CRAS, Renda Cidadão, Bolsa Família, o NASF pode atuar em tudo.” (Rosa 02)

Os entrevistados, em sua maioria, demonstram compreensão teórica sobre as atividades que o NASF pode realizar, porém na prática profissional apresentam pouco envolvimento dos profissionais da ER no desenvolvimento das atividades.

“Não é o NASF que tem que fazer, ele é uma ferramenta maior pra ajudar cada unidade, pra que essa unidade melhore e não eles assumirem uma coisa que não é deles. Isso sim é um suporte.” (Amarelo 01)

“Eles não querem um NASF pra dar apoio pra equipe. Eles querem uma equipe multidisciplinar pra atender paciente. Tem uns da equipe que aceitam bem, que colocam bem, faz a equipe participar de algumas atividades, mas tem outros que não. Mas eu acho que mesmo que as equipes que colocam as pessoas da equipe para participar do NASF, ainda é muito vago. Não se sente parte do grupo.” (Rosa 01)

Essas citações identificam a **dificuldade dos profissionais em desenvolver e entender o apoio matricial** que, de acordo com Cunha e Campos (2011), é uma retaguarda mais especializada às equipes e aos profissionais para atenderem problemas de saúde de maneira personalizada e interativa, compartilhando entre as equipes ações e diretrizes clínicas e sanitárias.

Ainda, as percepções destes entrevistados distanciam-se da proposta de ER que deve se responsabilizar pela coordenação e conduta dos casos com o objetivo de estabelecer vínculo entre profissionais e usuários, assumindo o cuidado ao longo do tempo (BRASIL, 2010; CAMPOS, 1999).

Os relatos permitiram identificar a **realização de grupos** como a principal atividade desenvolvida pelo NASF, mesmo citando outras atividades como atendimento individual e compartilhado.

“Pelo que eu pude observar e ver em vários momentos, o grupo, né? Que são os grupos que tão indo, né? E os atendimentos individuais e compartilhados com a médica, com a enfermeira, mais isso mesmo. E acho também que o NASF veio pra implantar essa questão dos grupos na unidade, que eu acho que é isso que o PSF tem que ter, e está perdido, não sei se nas outras unidades também, mas aqui a gente não tinha grupo de nada e agora a gente está com quatro, cinco grupos ativos.” (Amarelo 08)

“Então aqui tem realizado os grupos, né? Os grupos de qualidade de vida que eu acho que é muito bom, o pessoal gosta principalmente quem tem dor, né? O pessoal da dor acho que é viável. O de tabagismo acho que foi muito bom. Eu acho que foi muito bom é, tem muito paciente que, nossa, precisava disso, precisava do grupo pra ter um incentivo, pra ter até mesmo a medicação que é cara! Eles não têm acesso a isso, eu acho que foi bom.” (Verde 03)

A realização dos grupos na USF se intensificou a partir da implantação do NASF, e este instrumento, na percepção dos entrevistados, oferece suporte principalmente para dar vazão às demandas da unidade. Os profissionais de saúde explicitaram o desejo de ampliar o número de grupos na USF, abrangendo outros temas.

Considerando as diretrizes e princípios da ESF, a prevenção de doenças e a promoção de saúde buscam atingir as pessoas em suas coletividades, valorizando os seus saberes e histórias de vida para garantir qualidade de vida.

Assim, Onocko Campos e Gama (2008) acreditam que o trabalho grupal é um importante recurso no atendimento da APS, porém não deve ser desenvolvido,

somente, como uma forma de dar conta da demanda, mas sim de proporcionar socialização, integração e troca de saberes de outras formas de relacionamentos.

Uma entrevistada trouxe críticas sobre a utilização de grupos para atender às demandas de SM, pois ela acredita que as pessoas não se sentem à vontade para falar de seus sofrimentos nesta abordagem:

“Eu vi que, que precisava ser melhor entendeu? Só grupo, essas coisas, acho que não resolve problemas da população, que está bem doente, primeiro eles precisam ter, precisava ter atendimento individual antes de ser encaminhado pro grupo, não começar com o grupo, acho que ficou, saúde mental está devendo bastante nesta questão. Minha sugestão seria, o atendimento compartilhado, que acabou não acontecendo. Eu acho que isso ajudaria bastante, aquelas pessoas que não gostam do grupo, precisaria ter uma agenda.” (Amarelo 12)

O atendimento individual e o compartilhado apareceram como uma alternativa para os pacientes que se recusam a participar de grupos, sugerindo a criação de uma agenda para os atendimentos do NASF. Ainda, há uma compreensão prejudicada sobre a corresponsabilização das ações, entre NASF e ER, e a eficácia dos espaços coletivos.

Entendemos que as práticas grupais podem ser realizadas pelos diversos profissionais da equipe, dependendo do objetivo do grupo e do tipo de técnica a ser empregada, sendo incentivado o trabalho em parceria na condução desses grupos (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008, p. 242).

Dentre todas as atividades referidas, verificam-se nos relatos ruídos acerca das atividades desenvolvidas na USF, visto que muitas delas são coordenadas apenas pela equipe NASF, sem o compartilhamento e a corresponsabilização da ER, aproximando a competência do NASF à realização de grupos.

De modo geral, os profissionais de saúde percebem o NASF e suas competências como equipe multiprofissional de apoio à ER, mas encontram dificuldades em executá-las junto à ER. Estas ocorrem pelo motivo das condições do cenário atual da APS que acaba descaracterizando as propostas de matriciamento, cuidado compartilhado, promoção de saúde, entre outros, transformando o NASF, e até mesmo a própria ER, em prestação de serviços especializados e de pronto-atendimento.

6.3.1.2 Inserção do NASF na USF

Considerou-se a percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção do NASF na USF, no contexto da implantação e reorganização do serviço, para analisar as consequências deste evento na micropolítica do trabalho.

Dentre os entrevistados, surgiram relatos sobre **desconfortos** decorrentes da inserção do NASF na USF, como: estranhamento, dúvidas, aumento de demanda para ER, descrédito, entre outros.

“No começo eu achava assim, eu não via muito, não achava tão interessante. Então, assim, agora eu acho que tá indo, eu vejo resultado com os pacientes. No começo achava que não ia dar certo não, mas hoje eu vejo que tudo que o NASF começa, tem começo, meio e fim. Paciente vem aqui sabe o nome, quero passar com fulano, então acho que é bem proveitoso, bem interessante.” (Verde 04)

“O maior desafio pra mim foi aquela dúvida, o que eles vão fazer? Assim foi a implantação, foi aquele pezinho atrás, mas por que eles tão vindo? Pra quê? Por quê? Essas perguntas que nós tínhamos. Tanto é que no começo, bem no comecinho o pessoal do NASF vinha, e depois seguia a reunião, daí surgia um monte de dúvida, daí ficava tudo nas enfermeiras. Mas porque eles vão fazer isso, mas por quê? Mas por quê? Sabe? E ninguém perguntava também pro NASF, acho que no começo tinha uma certa barreira, medo de interagir assim, mas depois foi se quebrando.” (Amarelo 08)

A maioria das falas sobre esta categoria foi feita pelos profissionais da USF, visto que os profissionais do NASF trouxeram também ruídos gerados pelo encontro com a ER no início, como: indiferença, resistência, pouco entendimento sobre matriciamento e o desejo por um serviço diferente do planejado pela gestão municipal.

“Eu achei que a princípio teve bastante resistência por parte das equipes, em algumas unidades mais resistência, em outras menos, né? [...] mais agora eu acho que está começando a caminhar. Eu acho que a equipe tem a necessidade de ter o NASF, mas não do jeito que o NASF teria que funcionar, o maior desafio acho que ainda está sendo a aceitação pelas equipes.” (Rosa 01)

O **pouco entendimento** sobre o papel do NASF apareceu novamente nas falas dos entrevistados como justificativa para os desconfortos vivenciados

inicialmente pelas equipes. Nota-se um diálogo prejudicado entre os atores envolvidos no processo de implantação e reorganização do modelo de assistência, pois muitos programas e serviços são implantados sem a avaliação prévia das necessidades territoriais de saúde da população.

“No começo eu senti assim, não tava entendendo direito, porque minha leitura não é tão, meu grau de estudo não é tão alto, né? Eu não tava entendendo direito no começo, agora não, já comecei a entender melhor o NASF. Foi o começo, né?! Porque muita gente não entendia, até eu mesmo não entendia. Agora eu acho que o NASF está muito bem.” (Amarelo 05)

“Acho que, no início causou um pouco de dúvida, na cabeça dos próprios funcionários da unidade e dos pacientes também, né? Mais, eu acho que até dos funcionários falaram... Ah! Mas pra que o NASF? Eles vão fazer atendimento individual? Pra matricular é... mas agora eu estou vendo que é um apoio grande que a gente tem. Nem que muitas vezes não é atendimento individual. Mas eu acho que agora, depois de uns meses passados, acho que um ano de NASF, eu vi bastante melhorias, mas achei que foi um pouco confuso no início. Assim como que seria, como que vai ser o atendimento? Mas agora tudo bem. E, eu acho que é mais de compreensão, muita a gente questionou. Será que o NASF é importante pra empregar, sei lá, essa verba pra outra coisa, um pessoal que não atende muito assim, achava que talvez outras coisas seriam melhores, mas eu acho que isso inicialmente.” (Verde 07)

Os entrevistados concordaram que os desafios foram amenizados, no decorrer do processo de implantação, e obtiveram resultados positivos em meio ao processo de trabalho, como demonstrados em algumas entrevistas ao referirem o reconhecimento da população.

O cotidiano do trabalho é constituído de significados e ruídos que operam em cada singularidade e entre eles. Por isso, vale-se de reflexões sobre o processo de trabalho, principalmente em um momento de mudança do modelo de atenção à saúde, pois as consequências deste processo determinam a produção de saúde.

Em meio aos processos de trabalho, os ruídos agem como forças que aparecem do nada e se fazem presentes de modo funcional, causando estranhamento no cotidiano, no instituído, onde existem e funcionam acordos e contratos e ao mesmo tempo impõem quebras, linhas e fuga (FREIRE et al., 2008; MERHY; ONOCKO, 1997).

Por tais razões, as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranoico da

concorrência alheia. Por outro lado, é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Algumas falas referiram sobre a aplicação da verba neste serviço, desperdício de número de profissionais na unidade para o fim de matriciamento e o entendimento de que o NASF deveria ser um serviço especializado que desenvolvesse suas atividades em um lugar próprio para atender aos encaminhamentos da USF.

“No início sinceramente eu achava. Nossa é um desperdício de profissional, né? Vai trabalhar tudo junto de uma vez só. Acho que se fosse separado, você tem aquela visão se for separado, atendimento individual seria mais proveitoso, se tivesse agenda como médico e enfermeiro, seria mais proveitoso. Mas aí depois você começa mudar, com relação ao NASF, no início realmente, eu acho que a primeira visão é contra, agora não, já está mudando.” (Verde 08)

“O que eu tava até comentando com as meninas outro dia, que eu acho pro NASF e para a unidade funcionar melhor, todo mundo também, que todo mundo tava concordando comigo, de o NASF ter um lugar fixo outro lugar, não ficar andando de posto em posto, ter um lugar do NASF e o posto encaminhar esses pacientes que tem necessidades ou o NASF até poder vir no dia de reunião e discutir os casos pra ver se vai encaminhar ou não, pros pacientes ir lá, entendeu?” (Amarelo 13)

As falas demonstram **fragilidades e desafios vivenciados pelo NASF** na sua implantação, em decorrência do preparo insuficiente das equipes para receber este novo serviço e sensibilizações acerca do tema.

Silva et al. (2012) trazem em seu estudo uma experiência de implantação do NASF em que a coordenação da ER, daquele determinado local, considerou imprescindível: a elaboração de uma proposta de NASF a partir de oficinas de trabalho com os profissionais da APS, da SMS, dos gestores locais, professores universitários e pós-graduandos. A ideia fundamental desta experiência foi que o NASF deveria atuar de forma integrada às ER e à rede de serviços locais.

Os dados a seguir vêm ilustrar sobre as dificuldades de compreensão sobre o NASF e estas estarem relacionadas com **o insuficiente preparo e capacitações** da ER, como também dos profissionais do NASF.

Os entrevistados referiram que a inserção do NASF e, conseqüentemente, o trabalho de ambas as equipes melhoraram ao participarem de capacitação coordenada pela SMS, facilitando o entendimento sobre este serviço.

“Eu achei que a implantação foi legal, porque eu lembro que teve um tipo, uma palestra, um curso no sábado, pra gente conhecer a equipe, tudo. Se não teria, a gente não ia conhecer, não ia saber como ia funcionar, até pra dar uma situada na gente também, pra gente não ficar tão perdido, apresentar todo mundo lá, ela deu uma geral no que era, o que o NASF ia fazer.” (Amarelo 08)

Alguns entrevistados referiram que a capacitação não foi o suficiente para o entendimento e funcionamento deste serviço no cotidiano das unidades, pois somente na prática do dia a dia é que iam aparecer as dúvidas e os desafios.

“No começo ser implantado assim meio do nada, tipo ninguém sabia o que ia acontecer, como que ia ser, por mais que tenha sido feito treinamento, depois fez curso, mas na prática é totalmente diferente, né? E então foi muito, muito no susto assim, acho que essa foi a maior dificuldade.” (Verde 06)

“Talvez, assim, não da forma que foi feito, uma reunião geral, por que na verdade não foi falado quase nada. Talvez reuniões específicas com cada equipe de cada unidade, onde a gestão iria até elas, pra preparar a equipe pra receber o NASF. Porque aí cada um que, por mais que foi colocado lá a cartilha, mostrado mais ou menos como era NASF, ficou muito assim longe das equipes. O NASF foram pra essas unidades, sem essas equipes estarem preparadas para receber, achando que a gente ia fazer uma coisa. Acho que faltou um pouco de comunicação, acho que preparação das equipes.” (Rosa 03)

Profissionais do NASF também identificaram a necessidade de capacitação, treinamento ou sensibilização da ER para facilitar o entendimento da proposta deste novo serviço e auxiliar na implantação.

“E depende do perfil da equipe que está recebendo a equipe do NASF, depende do tanto que essa equipe conhece já, sabe sobre o que é o NASF, o que o NASF faz. Tem a questão mesmo das equipes de Saúde da Família, se elas estão preparadas pra receber esse tipo de profissional ou não. Mesmo assim, um pouquinho das equipes também abrirem.” (Rosa 05)

“E também, eu acredito, que os profissionais precisam estar mais capacitados, porque às vezes eles têm dificuldades de fazer alguma atividade com a gente, com os profissionais das equipes, não só os

profissionais de nível superior, mas os profissionais de nível técnico, médio, de estar fazendo um acolhimento. Às vezes, a gente está fazendo um acolhimento, eles entram junto, eles não entendem o tipo de acolhimento que a gente faz. Acho que o maior desafio é fazer com que as unidades de saúde entendam o que elas têm que estar participando junto com NASF das atividades.” (Rosa 02)

Além da necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais da unidade, evidenciou-se a demanda por aprimoramento e por treinamentos do próprio NASF. Este dado apareceu nas falas dos entrevistados que referiram o despreparo dos profissionais do NASF em trabalhar com a temática, e por acreditarem que a capacitação recebida pela SMS foi insuficiente, sem continuidade que respondesse aos desafios da prática profissional.

“Eu acho assim é. Que veio uma equipe que, na verdade, não tinha, assim, muita experiência. No caso do NASF, cada um tinha sua especialização, a sua experiência pessoal. Talvez, mais como NASF, eu acredito que os profissionais não tinham essa experiência. Acredito que a coordenação do NASF, o responsável do NASF também não assim. Não tinha colocado mais ou menos como que a equipe deveria se portar ou fazer. Então eu acho que a equipe do NASF foi colocada na unidade e teve que se virar, né? Teve que tratar, fazer sua estratégia pra unidade. E acho assim que cada unidade teve que fazer sua adaptação conforme o que foi sendo proposto. Acho que foi isso que aconteceu.” (Amarelo 15)

“Acho que não pra nós, mais eu acho que para o próprio grupo [NASF] mesmo, né? Que tipo foi uma coisa muito jogada, que todo mundo não sabe bem o que ia fazer, tipo o que eu posso? O material o que é? O que eu vou ter que trabalhar com eles?” (Amarelo 01)

A inserção dos profissionais do NASF nas unidades se deu por acordos de petição e expectativas de compromissos que não foram trabalhados previamente à implantação deste serviço. A introdução do NASF no cenário da APS desta forma provocou inicialmente ruídos na tentativa de estabelecer uma rede de cuidado e reorganização do modelo.

Os dados revelaram que, para a realização de mudanças, se faz necessário considerar os saberes já existentes e a realidade nas quais novas propostas irão se efetivar através de análises institucionais, diagnósticos, capacitações, planejamentos, entre outros. Nada disso faz sentido se não forem valorizados as relações, os vínculos, as vontades e as expectativas em relação ao que está sendo proposto.

6.3.1.3 Organização do NASF no município

A organização do trabalho do NASF foi um tema abordado pelos entrevistados. Os relatos apresentaram características que influenciam no processo de trabalho da equipe NASF e, conseqüentemente, da ER.

A **carga horária e a frequência** dos profissionais do NASF na unidade de saúde foram referidas pelos participantes como um dificultador do processo de trabalho, pois acreditam que o tempo e a frequência são limitados. Estas questões prejudicam os vínculos entre os profissionais e usuários, geram demanda de pacientes em outros dias da semana, por procura pelos serviços oferecidos pelo NASF, e fragilizam a continuidade dos acompanhamentos que se tornam espaçados.

“E o fato de o NASF estar só meio período, muito curto, muito limitado, precisa ter um espaço maior de tempo”. (Rosa 12)

“Dificuldades, acho que por mais que seja toda semana e alguns profissionais quinzenais, acho o período bem pouco, na verdade, meio período na semana e alguns profissionais de forma quinzenal.” (Amarelo 02)

Outros entrevistados relataram descontentamento com o **número de profissionais na equipe do NASF**. Eles referem que o NASF deveria ter mais profissionais disponíveis para a USF, portanto, esta equipe não teria de se dividir entre outras unidades de saúde do município. Ainda referem que a **quantidade de unidades** de responsabilidades de cada equipe NASF prejudica a resolução e qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, gera **sobrecarga** desses profissionais.

“Eu acharia que deveria ter mais gente, porque, pra não ficar muito rodízio do NASF. A gente espera que não precise deles ficarem, por exemplo, uma equipe fica cuidando de quatro lugares. Ou diminui, enxuga um pouco pra cada equipe, porque mesmo assim uma unidade já tem um tanto de pessoas, já tem um tanto de casos uma equipe, ficar cuidando de quatro unidades pra ficar muito sobrecarregado pra uma equipe só. Mesmo que tenha os dias tudo certinho, mas acho que a vontade seria essa, que continuasse a equipe, mais que ficasse aquela unidade que concentrasse mais ou em duas porque é muita gente, é muita gente precisando de serviço não só com de saúde mental, nutricionista, fisioterapeuta, é muita

gente precisando de ajuda nesses pontos e, não tem serviço pra fora da rede. Muitas unidades pra uma equipe só.” (Amarelo 03)

“Eu acho que o grande problema do NASF é o jeito que está sendo utilizado, né? Falta gente eu acho. Agora vai um psicólogo pra seis unidades. Eu acho que você acaba sobrecarregando demais o profissional, fico preocupado um pouco com o nível de resolução que acaba tendo em alguns casos, né?” (Amarelo 07)

Além das questões de tempo, frequência e quantidade de profissionais do NASF na USF, os dados revelaram inquietações quanto à **infraestrutura do local de trabalho**. Os entrevistados acreditam que o local da USF não foi adequado para receber o NASF, por tal motivo, inibindo o desenvolvimento das atividades, visto que, somam-se às já estabelecidas na rotina da unidade.

“Acho assim está bom. É lógico poderia melhorar, assim que eu acho que o espaço é muito pouco. Assim o espaço físico mesmo, quando tem um grupo eu acho o espaço muito pequeno, muito ruim, os profissionais do NASF são muito bons eu gosto deles. Então eu acho assim, eu vejo que eles têm interesse pra ajuda, né?” (Verde 04)

“O maior desafio é que eles possam ter uma estrutura boa pra eles trabalharem, é o maior desafio pra eles.” (Amarelo 01)

A inserção de outras especialidades profissionais na USF também apareceu como um dado importante apontado nas falas dos entrevistados, tanto para os profissionais que compõem a ER quanto para o NASF. Segundo os relatos, uma equipe multiprofissional contribui na qualidade dos atendimentos e abrange a oferta de serviços na USF.

“Porque antes era mais da parte mental assim, né? Então vinha psicólogo e os pacientes procuravam. E agora com o NASF, outros cargos, outras especialidades. E eu acho que melhorou, antes era mais saúde mental mesmo e só. E agora com o NASF tem outras especialidades, os grupos eu acho que aumentou. Acho que os pacientes, eles participam mais, não vêm com aquele negócio de tomar remédio, tomar remédio.” (Amarelo 10)

“Então acho que foi legal porque daí veio outros profissionais também no posto. Tinha psicólogo tudo mais, aí veio completo né?! Com outros profissionais. Então eu acho que daí pode ajudar mais a população, só acrescentou né? Foi bom.” (Verde 05)

A ausência de algumas especialidades, como a fonoaudiologia e especialidades médicas, foi citada, tanto pelo motivo de contemplar outras

demandas da ER, como pelo fato de a proposta inicial da gestão municipal de compor o NASF com outras especialidades não ter sido efetivada.

“Que eu acho que o grande problema é a falta de uma fono para o NASF. Que eu acho que deveria ter essa fono. Eu acho que a única profissional que não tem, né? A necessidade de mais profissionais pra sobrecarregar menos a equipe, e com isso a gente pode ter uma qualidade melhor de convivência com as equipes do NASF”. (Amarelo 07)

“Acho assim, quando foi pra coloca, nos primeiros meses falaram, vai ter um médico fulano de tal, um médico outro, outras especialidades, né? E aí assim não ocorreu, não teve. Então, assim, acho que essa cobrança que ocorreu nas unidades. Cadê o médico fulano? E aí não tinha.” (Rosa 03)

O NASF é um programa criado recentemente pelo MS com a proposta de apoiar as ERs, como já discutido neste estudo. No entanto, os dados acima demonstram fragilidades nesta proposta, pois as unidades básicas de saúde e outros serviços que compõem a RAS não foram e nem estão preparados para receber o NASF em seus moldes teóricos.

As fragilidades identificadas, como infraestrutura (prédios, materiais e outros recursos) e principalmente o modo de prestar o apoio (quantidade de unidades de referência, número de profissionais e suas especialidades, diferentes posturas técnico-operativas e teórico-metodológicas) são percebidos em outras experiências do NASF.

Há necessidade de uma definição inicial do processo de trabalho a partir das necessidades do território e articulado às atividades das equipes de Saúde da Família. Entretanto, foi consenso que o formato não seja “engessado” para que, de acordo com a sua realidade e demanda, o NASF possa ter autonomia de articular com as equipes de saúde da família, e identificar as prioridades e a maneira de atuação (SILVA et al., 2012, p. 2080).

A implantação do NASF, seguindo a proposta do MS, tem gerado reflexões acerca de sua efetividade nos diferentes municípios do todo o território nacional, e questionamentos quanto ao desenvolvimento de sua característica primordial, o matriciamento.

6.3.1.4 Modelo de Atenção em Saúde e a proposta NASF

Outro conteúdo temático identificado nas falas dos participantes foi o Modelo de Atenção em Saúde. Os entrevistados apresentaram inquietações sobre a relação do NASF ideal, proposto teoricamente, e um NASF real. Nota-se que as citações são de profissionais do NASF que colocaram suas **frustrações** por não conseguirem desenvolver o que é previsto pelo MS.

“A gente que tem uma Residência Multidisciplinar em Saúde da Família chega com uma outra visão. Você quer que o negócio ande. No papel, a portaria do NASF, quando você lê o caderno do NASF, é tudo muito bonito, se acontecesse da maneira que está lá no caderno acho que a população só teria a ganhar. Acho que está bem longe ainda de acontecer isso, se acontecer algum dia, acho que não vai acontecer do jeitinho que está no caderno não. Tem muitas coisas que a gente não consegue, a gente que é quinzenal chega na unidade e o negócio já está supercaminhando, a gente fica muito perdido, tem muitas coisas pra melhorar.” (Rosa 05)

“Eu acho que todo mundo que está na saúde pública, começa a perceber fora daqui a vivenciar o dia a dia. Na faculdade é muito bonito. Só quando você põe o pé e o resto do corpo que você percebe o que é, né? Eu acho que todo mundo que está na equipe abraça a causa mesmo, sabe? Tem vontade de fazer as coisas, eu acho que por muitas questões estruturais, é do dia a dia mesmo de relações de processo de trabalho isso fica um pouco esquecido, morno, mas eu acredito que é uma coisa que é muito boa e pode dar certo sim.” (Rosa 06)

Essa questão demonstra o distanciamento da teoria com a prática vivenciada pelos profissionais do NASF que referem compreender a proposta deste serviço. Porém, as condições de trabalho e a realidade dos serviços de saúde não possibilitam a execução do ideal.

Os relatos ainda permitiram observar a necessidade **de mudança de paradigma** dos profissionais da ER para se apropriar do novo modelo de atenção. Mesmo com a proposta do NASF iniciada, a ER reluta em permanecer com o modelo antigo, com características ambulatoriais que priorizam atendimentos individuais e abordagens fragmentadas, dificultando mudanças no processo de trabalho.

“A implantação do NASF acho que, de início, foi um impacto pras unidades de saúde, em geral tanto UBS como PSF, por que daí antes a gente tinha a lógica da saúde mental atendendo, e aí eram aquelas coisas que os profissionais iam, atendiam os casos e acabavam resolvendo sozinho tudo que precisava. Mas daí agora com a implementação a unidade ia ter que assumir algumas coisas junto com a equipe, e eu acho que esse negócio de assumir junto que é pra eles uma dificuldade, porque eles vinham numa lógica que não era essa, então mudar essa estrutura é bem difícil.” (Rosa 02)

“Eu acho que a implantação, ela está sendo um pouco difícil por conta dos profissionais que já estão na rede que não têm muito essa visão do que realmente é o NASF. A gente fez capacitação no começo, mas os profissionais já trabalhavam muito tempo, num ritmo de trabalho e ter que ver um monte de profissional nas unidades, não sei que sentido estava fazendo pra eles. Mas agora, eu acho que a gente está conseguindo melhorar o trabalho, pro NASF não ser porta de entrada, fisioterapeuta só atender, nutrição só atender individualmente, né? Acho que até é o que os profissionais queriam no começo, aqui em Botucatu.” (Rosa 04)

Para a mudança de paradigma, é necessário que os profissionais e os demais atores envolvidos no cenário da APS incorporem os princípios do SUS e reconstruam o processo de trabalho. Ainda, “os trabalhadores necessitam produzir formas de subjetivação capazes de constituir uma nova ética entre eles. Esta baseada no reconhecimento dos serviços de saúde como espaços públicos presididos por valores humanitários, de solidariedade, e reconhecimento dos direitos de cidadania em torno da assistência a saúde” (FRANCO; MERHY, 2006, p. 83).

Identificaram-se preocupações quanto à **transformação na rotina da USF** com a inserção do NASF. Este serviço alterou horários de funcionamentos da ER, gerou mudanças na agenda médica e de enfermagem, incluiu outras atividades, alterou o dia de reunião de equipe, ampliou o número de profissionais e aumentou a demanda na unidade.

“Então, eu acho assim, que no posto, como funcionava de um jeito demorou pra entrar tudo no eixo assim, né? Pra combinar certo os horários de grupo, pra alguns profissionais do posto estar junto né? Foi meio complicado assim nessa parte, mais depois resolveu, deu certo de combinar.” (Verde 05)

“Achei ruim que tumultuou um pouco o posto e tirou a agenda do médico e do enfermeiro. A gente acaba não tendo onde colocar esses pacientes no dia de NASF. Porque daí a gente ficou sem agenda. Eu sei que o posto tem que acompanhar tudo, teria que fazer que nem a gente faz na UNESP, vai o encaminhamento e volta com a resposta. Eu acho, porque atrapalha um pouco o andamento

do posto, achei. A gente ficou sem ter onde agendar todo mundo. Que saiu na verdade, são 5 pacientes de manhã e 5 à tarde, então são 20 pacientes por dia, por semana por mês, vão dar 80 pessoas por mês, aí é bastante pra gente, já fica meio escassa a agenda.” (Amarelo 13)

De acordo com Oliveira (2008), para desenvolver o apoio matricial, inicialmente devem ser reorganizados o serviço e o processo de trabalho da USF. Estes incluem adequação de agenda, fluxo, disponibilidades pessoais e institucionais para tornar possível a implantação e o desenvolvimento desta ferramenta de trabalho.

6.3.1.5 Desafios e contribuições

Inicia-se esta discussão apresentando os *desafios*, vivenciados pelas equipes na implantação do NASF, que trazem diversos dados importantes para pensar este serviço, como o seu papel atual e algumas necessidades a serem respondidas.

Um desafio para o NASF, apresentado nas entrevistas, foi a realização de **atividades de educação e ensino** destinadas à ER, através de momentos de capacitações, cursos, treinamentos, entre outros.

“O que faltou um pouquinho, eu acho que foi eles ajudarem a gente a pegar mais, vamos fazer mais isso, o que a gente foi sugerindo e eles também. Mas acho que seria legal pra eles darem um profissionalizante curso, um minicurso, alguma coisa assim pra gente entender que nem uma educação complementar, algumas aulas, alguma coisa, eu acho interessante.” (Amarelo 09)

“Acho que a gente pode contribuir, ampliando um pouco mais o olhar desses profissionais, tanto também pra tentando pensar um pouco mais na prevenção e tentando organizar mais o trabalho. Acho também que uma unidade que tem uma relação até que boa, mas eu não sei se na hora do trabalho eles conseguem ser tão organizados assim.” (Rosa 04)

Outro desafio citado pelos profissionais é a **realização de educação em saúde do NASF junto à população**, para auxiliar a divulgação do SUS e sua reorganização, bem como trabalhar temas de saúde que vão ao encontro das necessidades dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

“Acho que o NASF pode falar de SUS, é muito legal pro paciente, inclusive, explicando pra ele da Atenção Básica, da importância da Atenção básica, né? Então acho que dá pra explicar o SUS, a hierarquização da atenção, pros pacientes. E acho que é isso. Que o NASF escuta um pouco o paciente e a gente pode trazer algumas atividades que eles queiram, que talvez o modelo engessado um pouquinho mais do serviço de saúde, que discute pouco a qualidade de vida essas coisas.” (Rosa 07)

“Às vezes vem alguém conversar e pedir uma consulta, a gente fala que a lógica não é essa, porque eu acho que faz parte do nosso dia a dia, isso também. Educar a população não só no sentido diretamente da saúde, mas disso, que acaba sendo saúde também. Porque vem do Ministério e tem toda uma lógica, né? Assim, o SUS é assim. Eu acho importante as pessoas saberem disso, para saberem o que acontece, faz parte do processo mesmo do empoderamento e de tudo, né?” (Rosa 06).

Tanto a educação permanente da ER quanto a educação popular em saúde foram relatadas pelos entrevistados como ações importantes a serem desenvolvidas pelo NASF, de acordo com as diretrizes do CAB n. 27 (BRASIL, 2010). Essas ações, quando realizadas, podem proporcionar reflexos significativos no processo de trabalho das equipes.

A educação permanente pode contribuir para a reorganização do sistema de saúde, transformando as práticas e o aprimoramento profissional com temas que envolvem aspectos humanos, pessoais, valores, sentimentos e visão de mundo. E a educação popular em saúde “tem como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas”. Deve ser um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho e do seu conhecimento (BRASIL, 2010).

O desafio para a efetividade da implantação do NASF é a população, os profissionais de saúde, e/ou gestão (das unidades de saúde como da própria SMS) **acreditarem e valorizarem** este serviço, conforme relatado pelos entrevistados, em sua maioria os profissionais do NASF.

“Eu acho o seguinte, você pode me dar tudo o que você for, mas tudo que você disser e eu não acreditar, que eu possa achar seu trabalho muito interessante, mas se eu não quiser, nós não mudamos, nós melhoramos com o tempo na vida. Eu aprendi uma coisa, se nós não quisermos melhorar não vai adianta o NASF estar aí pra ajudar, vai depender de cada um, da boa vontade, do profissional depender da pessoa de querer essa ajuda. Eu

particularmente quero, eu procuro trazer pra eles a minha demanda, mais aí cada um tem seu perfil, sua vontade, seu profissional de estar trazendo ou não a importância.” (Amarelo 01)

“Acho que a gestão até que bancou um pouco. Mas acho que faltaria bancar bastante, no sentido assim de apoiar as coisas, sendo feitas mesmo da forma que deveriam ser feitas. Acho que o maior desafio é a questão de cada unidade de saúde bancarem esse NASF. Porque a gente percebe assim, que é muito de gestão de posto de saúde, quando a enfermeira e o médico eles tocam, a coisa anda. Mas quando também não estão muito afim, não acontece. Então, talvez, essa gestão, a maior, a Secretaria Municipal de Saúde, forçar pra que isso seja implantado de fato, pra que as pessoas entendam, tenha também, nas reuniões com enfermeira e médico, seja forçado mais o entendimento do NASF, não seja talvez afrouxado tanto como foi, acho que seria essencial.” (Rosa 03)

Com esses dados afloram-se dois pontos para discussão: o primeiro é que os profissionais do serviço devem acreditar/valorizar o NASF, compreender a sua proposta para que se possa vivenciar a experiência do “novo”. O segundo é que a implantação desse serviço deve responder à necessidade de saúde vivenciada por esses profissionais.

A gestão tem de ouvir os profissionais da rede de assistência de forma mediada pelas referências teóricas, respondendo às demandas identificadas. Portanto, reflexões sobre políticas de saúde e o papel da gestão, seja local ou municipal, são fundamentais nesse processo (PAIM, 2003).

Campos e Domitti (2007) referem que não há hábitos entre gestores e equipes sobre métodos para programar trabalho dialógico e interativo. A instituição desta prática cria instâncias de mediação e processos de contrato para que se estabeleçam metas e critérios de avaliação do trabalho.

Profissionais do NASF trouxeram a necessidade de **avaliação** interna das questões organizacionais e do processo de trabalho nas unidades.

“Acho que as pessoas não se preocupam muito com a implantação administrativa, fazer protocolo, fazer horários, arrumar as agendas, arrumar as reuniões. E acho que falta um pouquinho do jeito de trabalhar e de avaliar esse trabalho. Acho que assim, mesmo quando a gente consegue com as equipes achar um jeito de trabalhar, a gente ainda falta um jeito de avaliar nosso, né?” (Rosa 07)

“É que a gente consiga mesmo conversar sobre as dificuldades e conseguir resolver mesmo, e conseguir fazer uma coisa muito boa, não só com a equipe, mas com os pacientes que merecem tudo que têm sempre, que está em primeiro lugar em tudo que a gente faz. A

gente pensa, mas a equipe NASF conseguir se matricular, conseguir se organizar, se avaliar, isso é muito importante, a cara que a gente põe nas unidades.” (Rosa 06)

Para a avaliação do trabalho desenvolvido pelo serviço de saúde, Merhy (1997) sugere as tecnologias de gestão do trabalho que incidem no uso de ferramentas analisadoras e de autoanálise. A ideia de tecnologia não está relacionada aos equipamentos e saberes estruturados, mas sim ao saber-fazer profissional, tido como uma tecnologia leve (MERHY, 1997).

Profissionais do NASF apontam a realização da **intersectorialidade** na rotina do serviço como outro desafio, mesmo acreditando na importância deste trabalho intersectorial. Referem que, mesmo com as dificuldades, realizam ações desta característica, como: divulgação para a rede de serviços dos trabalhos desenvolvidos pela USF; discussão dos casos ou planejamento de atividades comuns em espaços intersectoriais representando a USF; ampliação do conceito de saúde; promoção de parcerias intersectoriais para a condução dos casos.

“Se a gente conseguir trabalhar em rede, fazer o trabalho intersectorial, saúde, educação, meio ambiente, cultura, a população só tem a ganhar nessa questão de saúde, qualidade de vida mesmo. Tentar pensar o conceito de saúde de uma maneira ampliada, não só no posto, mas viver bem, ter condições de saneamento básico. É, rede de água de esgoto, e possibilidade de lazer, puxando um pouquinho pra educação física. Eu acho que isso é importante pra pessoa viver bem, com saúde, e com qualidade de vida.” (Rosa 05)

“Eu acho principalmente nessa questão intersectorial. Acho isso imprescindível, sei lá, a questão de ir numa escola, usar o espaço de algum centro comunitário. As pessoas, elas já, eu sinto, que a relação é diferente, ela sabe, pelo menos a gente se preocupou nas equipes que isso acontecer, de explicar de fazer essa explicação, quando tem algum evento, Semana do Idoso, ou mesmo nos grupos que a gente faz, a gente sempre explica que a gente é do posto que a gente seja do NASF, o que a gente vai fazer lá, qual é o objetivo.” (Rosa 06)

A intersectorialidade implica na construção coletiva das ações, baseadas nas trocas de conhecimentos e experiências dos diferentes setores, articulando uma rede de serviços, objetivando solucionar “questões-problema” e em busca da qualidade de vida de forma democrática e totalitária (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Para Campos (2000), a ação intersetorial, como um processo organizado e coletivo, não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação, intermediação de conflitos para o enfrentamento do problema, possibilitando uma aproximação entre os diferentes setores e uma construção conjunta na descoberta do agir.

Os entrevistados referiram *contribuições* para a ER e a população, geradas pela implantação do NASF. Em discussões anteriores, notou-se que poucos foram os entrevistados que definiram o NASF como uma equipe que respaldasse a ER para a realização de abordagens ampliadas.

No entanto, os entrevistados, quando questionados sobre as contribuições que o NASF proporcionou a partir de sua implantação, referiram que a ER teve mais **resoluções nos casos**, pois teve acesso a uma equipe multiprofissional.

“Sim, acho que de todas as maneiras ou até mais. Eu acho que a Equipe de Saúde da Família sozinha fica bem limitada, já acho que a equipe, a Unidade de Saúde da Família, a Estratégia de Saúde da Família comparado a uma Unidade Básica de Saúde tem muitas vantagens por causa de ter esses profissionais diferenciados. E eu acho que na verdade o NASF ele faz além de ter mais, outra visão daqueles pacientes, ainda traz essa formas de acompanhamentos, né? Não só voltado pra consulta médica, voltado pra avaliação médica. Eles ampliam o olhar do paciente e ajudam, eu acho, que de uma maneira muito mais ampla, não só na medicalização, não só naquela visão única centrada no consultório, sem dúvida.” (Amarelo 15)

“Vem pra facilitar também nosso trabalho, porque uma coisa que deixa a gente muito frustrado, assim pelo menos eu no meu trabalho, quando tem algum problema que eu não posso resolver. Eu não consigo passar pra frente e não consigo ajudar a pessoa uma coisa que ultrapassar minha capacidade profissional, que não posso tomar alguma atitude. E daí às vezes com ajuda dos outros profissionais a gente consegue ir um pouco além, consegue, você tem contato com outras, outros serviços. Então é mais fácil conseguir encaminhar os casos, de conseguir ajudar e isso acho que facilita bastante pra gente.” (Verde 06)

No CAB n. 27, Brasil (2010), a clínica ampliada é entendida como uma ferramenta tecnológica para atuação do NASF que tem como objetivo direcionar os profissionais de saúde na prática da atenção aos usuários. Porém, o

desenvolvimento desta ferramenta deve construir diagnósticos e continuidades dos tratamentos compartilhados entre a ER e o NASF.

Deve-se ter o cuidado quanto ao uso dessas ferramentas, visto que, dependendo da compreensão de cada profissional, esta ferramenta pode fazer o contrário do que se deseja, ou seja, aumentar o poder da especialidade e transformar o que deveria ser uma abordagem de clínica ampliada em seleção dos encaminhamentos para especialistas. Portanto, reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em obter os resultados idealizados de forma unilateral.

Ainda, os entrevistados relataram que o NASF ***auxiliou no atendimento à demanda da USF***, principalmente em casos que a equipe considera de mais complexidades ou que necessitam de especialidades diferentes dos profissionais da USF.

“Acho que é atendimento, mais especializado pra população, né? Que muitas vezes a demanda que eles trazem, se a gente não tivesse o NASF não ia ter como atuar com as demanda que eles trazem, principalmente as psicológicas a gente não dá conta de atender toda demanda sozinha. Ainda mais em atendimento de questão de saúde mental mesmo.” (Amarelo 17)

“Diretamente pra população, acho assim que também desafoga um pouco do contexto da unidade, desafoga né? Outros profissionais que podem estar suprindo outra demanda. O paciente, ele vê que no caso o problema dele está sendo acompanhado, está tendo uma devolutiva. Que nem eu citei anteriormente, claro que a resolução nem sempre existe, nem sempre ocorre. Mais ao menos esse paciente, muitos deles, são resolvidos e estão sendo observados, acompanhados. Passou pela unidade, passou pelo profissional enfermeiro, médico ou uma equipe multiprofissional, enfim, está vendo que tem interesse, tem andamento, tem devolutiva, não está somente, arrastando ali aquela causa.” (Amarelo 02)

Nesse item, os entrevistados citam como contribuição a inserção de mais profissionais na unidade, não no sentido de uma equipe de apoio na lógica do matriciamento, mas como uma equipe atenta à demanda da unidade. Percebe-se um distanciamento da discussão de apoio matricial da prática assumida pelo NASF, pois este serviço tem sido solicitado em casos que “extrapolam” as abordagens rotineiras da ER e demandam mais atenção na prestação do cuidado.

Outra contribuição relatada foi que com a chegada do NASF melhorou o **acesso da população aos serviços especializados** que aguardavam agendamentos em serviços de referência. Ainda, os entrevistados apontaram o NASF como facilitador nos encaminhamentos à rede de serviços e articulador desta rede.

“Foi uma coisa boa que implantaram porque a gente não tinha isso. Tinha muitos pacientes que precisavam de uma coisa a mais no posto. E assim, com a chegada do NASF eu acho que melhorou até, pelo menos com os pacientes, e pra nós até porque a gente não tinha nada no posto” (Amarelo 04)

“Melhorou porque tem paciente que chega aqui, tem o fisioterapeuta, e daí o paciente chega com uma dor, o médico vai e prescreve remédio, mais tem coisa que não é só remédio, né? Precisa de uma fisioterapia ou de algum tipo de exercício ou mesmo de um nutricionista, psicólogo eles entram e o paciente não fica voltando, porque se não tiver o profissional não vai ter pra onde ir. Ele vai ficar voltando só pegando remédio e não vai se curar. Eu acho que na parte especializada assim, é muito defasado, se precisa de um outro serviço, além do básico. E tendo o NASF, como nutricionista, psicólogo, que já é um outro tipo de serviço, né? Eu acho que o paciente encontra melhor isso, com mais facilidade.” (Amarelo 10)

O estudo apresentado por Silva et al. (2012) demonstra uma visão contrária aos entrevistados desta pesquisa, uma vez que destacam uma preocupação em relação ao NASF de não assumir o papel de outros níveis de atenção, mesmo aguardando vagas para atendimento.

Cunha e Campos (2011) afirmam que a falta de serviços de saúde especializados na RAS pode levar ao funcionamento equivocado do NASF, pois esse assume um papel de substituição dos serviços defasados na tentativa de suprir a demanda da população. Contudo, essa prática gera barreiras para a compreensão da função do NASF e ao empobrecimento do seu atendimento.

A **realização dos grupos** na unidade, após a implantação do NASF, foi citada como algo positivo. As principais contribuições foram a melhor resolução dos casos, o acesso da população a novos serviços e a promoção de espaços de cuidado contínuo com profissionais especializados.

“Eles [NASF] trouxeram os grupos, pra gente aqui. Eles estão deixando pra gente dar continuidade. Fazer com que a equipe interaja mais com isso, que às vezes a gente percebe que um e outro não gosta, não tem muita vontade. Então acho que o NASF serviu pra dar uma responsabilidade no atendimento, mas uma função que

era da gente mas que a gente não exercia, e que agora ele trouxe e está despertando isso de novo na equipe mesmo” (Amarelo 08)

“Eu percebi a maior integração de que está tendo alguns grupos e a continuidade deles. A maioria das vezes começa grupo e o grupo para. Algumas coisas que vieram a favor, por exemplo, o grupo de tabagismo que não tinha, entendeu? Nossos pacientes estão agradecidos porque tinha que ir fora de Rubião já era um gasto pra chega até lá. E que sempre são as mesmas pessoas do NASF, assim, porque vinha saúde mental e não tinha muito contato, era uma coisa assim. E agora vem todo mundo junto, né? O NASF alternam os grupos. Então, a gente sabe que nessa semana é um grupo fala com tal. Caso tem alguma outra coisa de outro tipo como fisio, alguma coisa pula pro grupo do próximo.” (Amarelo 03)

Uma entrevistada concordou com as falas anteriores ao dizer que o NASF contribuiu com o desenvolvimento e aprimoramento dos grupos nas unidades. Entretanto, considera que a demanda de SM não deve ser acompanhada através de grupos, pois os sofrimentos são expostos perante outras pessoas.

“Acho assim, melhorou muito os grupos, mas o pessoal, pros pacientes que a gente tem de saúde mental eu acho que não foi tão aceito. Eu acho que porque eles têm vergonha de comentar as coisas um perto do outro pra é, tipo comenta com o vizinho que está ali junto no grupo, a maioria fala que não gosta, de grupo, o pessoal da saúde mental eles falam que eles não gostam não.” (Verde 03)

De modo geral, os entrevistados referiram satisfação com a criação e aperfeiçoamento dos grupos na USF, alegando que a ER não conseguia realizar tal feito. Apontaram contribuições importantes do NASF nesta atividade, como o planejamento dos grupos, a adesão da população e maior envolvimento da ER na promoção dos grupos.

Nota-se ainda, uma importância atribuída à realização do **planejamento estratégico**, aplicado pelo NASF no início, visto como positivo e inédito para a ER. No entanto, esta ação despertou questionamentos sobre o papel do NASF e seus limites de atuação.

“Eu acho que pra organização do trabalho, aquelas coisas que a gente fez no início de planejamento estratégico. Acho que essa organização do modo de trabalhar, olhar as coisas, as fragilidades, as potencialidades, tentar trabalhar um pouco isso. Acho interessante planejamento estratégico, como uma ferramenta muito interessante do NASF, pra questão da equipe. Aí, fora todo o outro ganho, pela equipe bancar e vim junto, no sentido de quererem aprender mais,

não olhar a gente como alguém que leva mais trabalho, mas assim que vai ajudar eles resolverem. Acho que depois facilita todo processo de trabalho. Não precisa você tá fazendo outras ligações, perguntando, sendo que você pode resolver ali mesmo. Acho que contribui pra formação profissional de cada um. Fui claro?” (Rosa 03)

“Sim no começo o NASF trazia muito, faziam a gente refletir, de reconhecimento da unidade, o que a gente tem de maior problema aqui. Aquele momento a gente refletiu, que é coisa que não acontecia na nossa rotina. Às vezes, por exemplo, é muito informe, a gente acaba não refletindo e naquele início que eles trouxeram aquelas questões a gente acabou refletindo sobre o processo mesmo.” (Amarelo 17)

O apoio matricial do NASF pode apresentar dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico para qualificar a APS, produzindo ações clínica direta com os usuários e educativas com a ER (BRASIL, 2010). Portanto, solicitações ao NASF de momentos de avaliação e planejamento do processo de trabalho da ER aparecem nas entrevistas. Esta discussão coloca o NASF no papel de mediador, entre equipe, comunidade e gestão, deixando implícita uma postura de equipe segmentada à ER. Ora são cobrados para proporcionarem espaço de diálogo, autoanálise do processo de trabalho e cuidado dos profissionais da USF, ora são cobrados para serem avaliados e demonstram necessidades de cuidado, restando a indagação a quem compete esta última.

6.3.2 Área estratégica de SM

Em meio à implantação do NASF, a realidade das unidades de saúde ganhou outro desafio que foi a reorganização do serviço de SM na APS. A inserção de práticas de SM na APS evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios (ARCE, et al., 2011).

O trabalho realizado pela ESM apresentava aspectos diferentes à proposta do NASF. E com isso esta equipe e a ER precisaram aderir a novas práticas, ou seja, conceitos, técnicas e abordagens, para assumirem a proposta de matriciamento.

Sendo assim, este estudo buscou também estudar sobre a SM neste cenário de mudanças.

Conhecer a percepção dos profissionais sobre o tema SM permitiu entender a organização do trabalho, a postura profissional e a forma como as questões psicossociais são tratadas no cotidiano do trabalho. Ainda, com esta análise puderam se visualizar as relações, os limites e as intersecções da área estratégica de SM do NASF, no contexto de sua implantação.

6.3.2.1 Conceito de SM

O **sofrimento** esteve presente nas falas dos entrevistados relacionando-o ao entendimento de SM.

“Eu entendo, um pouquinho assim, como sofrimentos emocionais. Aí entra tudo, a pessoa pode estar em sofrimento emocional, pode estar, é, não precisa estar depressiva, mas ela pode apresentar alguns sintomas depressivos, que já dá pra você observar e trabalhar já de perto, antes que ela chegue a adoecer e ter uma depressão de fato como doença. Então, a saúde mental é tão importante quanto a saúde física, porque é ela que vai comandar todo o corpo. Se a pessoa adoecer mentalmente, se ela está num sofrimento psíquico, todas as outras funções da vida dela ficaram alteradas, ela vai, e as questões emocionais também geram outras dores, as gastrites, dor de cabeça. Enfim, ela vai estar adoecida em todos os eixos dela, vai perder a questão social de participação na sociedade, né? De vínculo que fica mais estremecido.” (Rosa 03)

“Eu acho que saúde mental a gente pensa em psiquiatria. Uma coisa acho que não é só isso, não se restringe a apenas isso, acho que é uma coisa mais, uma coisa de sofrimento geral, tipo uma pessoa com depressão, uma angústia, um sofrimento, já gera um problema de saúde mental, né? Eu acho que vai muito além de ser problema mental, a pessoa estar louca, não necessariamente, são pessoas com sofrimentos do cotidiano, muitas vezes precisam de um apoio, precisam de uma ajuda, eu acho que é isso.” (Amarelo 16)

A compreensão de sofrimento, aqui demonstrada, está relacionada às expressões das questões sociais, ou seja, vivências conflituosas das pessoas em seus cotidianos, consequentemente, prejudicando as questões físicas e as relações sociais. Esse dado demonstra um entendimento de SM para além da visão de

doença-transtorno mental grave, mesmo com alguns entrevistados relacionando-o a doenças mentais, como a depressão.

De acordo com CAB n. 34 para uma abordagem em SM, deve-se olhar o paciente como uma pessoa que sofre, e não como doente, pois sofrimento não é doença. Este entendimento auxilia na compreensão sobre o motivo pelo qual o paciente procura a unidade de saúde, e permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e abrange a integralidade de cada pessoa (BRASIL, 2013).

Ainda, segundo o CAB n. 34, Brasil (2013), as pessoas procuram as USFs porque sofrem e não porque têm uma doença aparente. E muitos destes que sofrem estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo o seu sofrimento. Diariamente, chegam às unidades de saúde da APS demandas relacionadas à SM, com a expectativa de que o profissional possa dar resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz (ONOCKO; GAMA, 2008).

Um desafio colocado para os profissionais da APS é realizar o cuidado das pessoas que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estarem doentes. Os pacientes que sofrem sem estar doentes lotam as agendas das unidades e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e ansiedade (BRASIL, 2013).

A SM também foi relacionada às ações adotadas pelos profissionais que são voltadas à **prevenção de doenças**. Esta concepção parte do princípio de que a SM deva ser intrínseca à saúde geral, bem como reconheça o sofrimento das pessoas como algo além de diagnósticos e doenças.

“Tentar organizar a pessoa. Eu acho que isso a saúde mental consegue fazer muito, às vezes independente da demanda das pessoas, a gente consegue organizar a vida daquela pessoa, e prevenir doença. Acho que indo assim mais pra esse lado.” (Rosa 04)

“Prevenir, a doença também das pessoas, poderia fazer grupos com a população, até com a equipe nossa, seria importante um grupo, por exemplo de relaxamento, seria bom pra o convívio de todo mundo que é uma equipe grande, né? Seria importante.” (Verde 01)

“Cuidar da população, não só pessoas com problema mental, desenvolver ação pras pessoas não vir desenvolver aquela determinada doença.” (Amarelo 12)

Os relatos dos entrevistados, quanto à SM como ações de prevenções de doenças, não se restringem aos conceitos de doenças psiquiátricas e/ou de que as suas intervenções devam ser de responsabilidade apenas dos profissionais especializados no tema.

O espaço da APS, especificadamente na ESF, demanda ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, contemplando de modo direto ou indireto a SM das pessoas. A ESF tem sido apontada como uma forma de transformar o modelo tradicional de atenção à saúde, valorizando o trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde dentre outras coisas (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A SM foi apontada como um **sentimento de bem-estar** das pessoas, envolvendo as dimensões psíquica, física e/ou social.

“Saúde mental, vamos assim, eu acho que é um equilíbrio de corpo e mente, né? A pessoa que tem que se sentir bem, né? Porque eu acho que não dá pra dissociar, não dá pra separar o corpo da mente, aquela mente tranquila sem sofrimento ou assim vamos assim dizer que não teve sofrimento é meio impossível uma pessoa, saúde mental como um todo acho que é a, num geral, vamos dizer assim, aquela pessoa que tem que se sentir bem emocionalmente, que conseguir, conviver, assim é enfrentar suas dificuldades, né? Dentro das suas limitações das suas dificuldades, conseguir o equilíbrio, equilíbrio mental ser feliz eu acho que é encontrar a felicidade, o equilíbrio apesar das dificuldades, né?” (Amarelo 15)

“É bem aquela regrinha que fala, é bem-estar físico e mental. É o bem-estar geral, na verdade a saúde mental é a pessoa estar bem, não só psicologicamente, eu acho que ela está bem também socialmente, não é? Ela está tendo vínculos sociais, ela está conseguindo trabalhar, conseguindo estudar, tendo amizade, fazendo lazer, engloba tudo, tendo uma convivência boa no casamento, eu acho que tudo isso é saúde mental, a pessoa estar equilibrada, acho que isso é bem difícil, porque ninguém consegue estar equilibrada, mas acho que a gente tentar se equilibrar pra pessoa tentar entender que ela tem que fazer um equilíbrio, que ela consiga atuar e tem de estar bem em todas as áreas, é difícil, mas aí a gente pode ir tentando algumas coisas, e a gente trabalhar com que a pessoa consiga alcançar essas metas, que às vezes é impossível, mas algumas coisas dá pra mudar” (Rosa 02)

“A saúde mental eu acho que é quando a pessoa está... se sentindo bem assim do ponto de vista, com ela mesma, com ela mesma, com a família dela, com o meio social onde ela vive e, como que eu posso explicar, é acho que é essa sensação de bem-estar, que ela não está assim, se sentindo mal ou nem correndo o risco de causar mal pra ela mesma nem pras outras pessoas que estão próximas a ela” (Verde 06)

Diante dessas citações, compreende-se que, para a pessoa vivenciar este sentimento de bem-estar, ela deve ser contemplada em sua totalidade. Esta concepção vai ao encontro do conceito de saúde descrito na Lei 8.080, sendo esta uma condição de bem-estar físico, psíquico e social, superando o enfoque da doença, principalmente as psiquiátricas.

No entanto, as demandas apresentadas na realidade dos serviços apontam para uma ineficiência das políticas públicas em responder aos mínimos sociais, negligenciando a garantia de direitos. Assim, o sentimento de bem-estar das pessoas e coletividades está defasado em seus múltiplos aspectos, determinando e condicionando o estado de saúde.

6.3.2.2 A prática em SM

Os entrevistados foram questionados sobre a prática vivenciada em SM na USF. Investigaram-se o envolvimento dos profissionais com o tema, a compreensão de cada um quanto ao fluxo e/ou acolhimento das questões psicossociais, as condutas, bem como as atividades desenvolvidas no espaço da USF. Assim, houve a possibilidade de identificar a rede de petição e compromisso de cada profissional estabelecida neste processo deste trabalho.

Um grupo de entrevistados referiu que realiza ou já realizou algum tipo de abordagem em SM. Porém, poucos foram os que negaram tal prática, justificando que não possuem contato com a demanda psicossocial.

“Não sei. Até pela minha especialidade ser muito focada, essas queixas acabam não chegando muito em mim” (Amarelo 07)

“Não, não eu não tenho contato com paciente. Às vezes eu comprimento, eu trato muito bem os pacientes, se estão aqui é porque estão doentes, entendeu? Mas eu não tenho contato com paciente, eu converso com paciente assim, oi tudo bom? Às vezes paciente queixa a doença deles pra gente, mas eu mesma não tenho competência pra resolver, eu informo pra ele, o que pode ser feito, assim, fala na recepção, fala com a médica, entendeu? Eu indico isso pra eles, mais nada mais é coisa rara viu, geralmente eu começo a passar no posto quando o fluxo de paciente está bem baixinho” (Amarelo 05)

Eles demonstram um conhecimento sobre SM como algo desconectado da saúde geral e do contexto social das pessoas, aproximando das doenças psiquiátricas.

Muitos dos profissionais de saúde têm dificuldade de perceber que o cuidado em SM não está para além do trabalho já realizado na USF. Pelo contrário, as intervenções são realizadas no dia a dia do território, conforme as singularidades dos pacientes e de suas comunidades, sem mesmo que os profissionais as percebam em suas práticas (BRASIL, 2013).

Dentre os entrevistados, há diferentes modos de realizar a abordagem em SM. As falas abaixo representam os sentidos que esta tem para cada profissional no cotidiano do trabalho na USF.

Os ACSs citaram a **visita domiciliar** como um instrumento facilitador para o desenvolvimento da abordagem em SM. Ela permite realizar acompanhamento/supervisão do tratamento do paciente, observar a realidade social para contribuir na intervenção do processo saúde-doença-cuidado. Ainda, os entrevistados a definem como um espaço de escuta/acolhimento dos problemas trazidos pelos pacientes, consequentemente, orientações e aconselhamentos.

“Tem eu tenho paciente de saúde mental, entendeu? Que eu faço por eles eu acho que é pouco, entendeu? Mas é o que me dá pra fazer entendeu? Agente vai na casa acompanhar se indo nas consultas ou tem alguns que é acompanhados no CAPS em alguns grupos também, tem alguns não vem aqui vão em outros lugares então a gente ver que está acompanhando ver como que está a medicação se não está faltando medicação se está tomando medicação, entendeu? É mais pra esse lado mesmo, e ver se tem sempre um paciente de saúde mental sempre tem que ter uma pessoa pra cuidadora dela, entendeu? Ter alguém da família que entende isso, olhar isso entendeu, mesmo que seja para falar pra pessoa, pra lembrar a pessoa, dia tal se tem consulta, entendeu? Seu remédio está acabando vai atrás disso, entendeu? Então eu como agente eu vejo mais isso, entendeu? Ou quando a gente ver que a pessoa está sem seguimento, está muito tempo sem acompanhamento de alguma coisa sem medicação mesmo está cutucando os profissionais daqui pra estar fazendo uma visita ou marcando uma consulta ou pra estar ajudando até a passar pro profissional específico dando uma olhada sobre isso.” (Amarelo 03)

“Eu acredito que sim. É uma forma de acolher, porque eu acho assim, as famílias aqui em Botucatu são muito desestruturadas, sei lá, a menina engravida, casa, e daí já era. Eles pensam que é isso só, e não é, tem uma questão de casa, tem alimentação, tem a saúde, tem tudo, sei lá, às vezes a pessoa está meio desorientada

assim, tem que tentar ajudar na medida do possível, nem que seja pra falar amanhã vai ser melhor.” (Verde 02)

“Eu me vejo bem assim, meu conhecimento em saúde é um conhecimento bem limitado pra tratar essas pessoas. Posso dar um suporte, né? Na medida de ouvinte, né? Um olhar, estar observando, né? No caso a residência quais são as condições, a postura da pessoa o ambiente que ela vive, mudanças por mudanças de humor, ou mudanças de relacionamento com as pessoas alterações no humor em geral. Mas assim pra mim eu vejo que é o máximo que eu posso ver e trazer isso pra equipe, né? Eu não consigo assim, evito lógico, por mais que eu já conheça a família, tenha um vínculo, que tenta enxergar o problema já instalado, essa pessoa está com certa disfunção nesse ponto não, isso eu me polício muito e evito fazer, a minha ajuda eu consigo chegar dessa forma, observando o ambiente, observando mudanças de humor, do paciente, é que eu posso estar contribuindo.” (Amarelo 02)

As visitas domiciliares são ferramentas fundamentais para o trabalho em SM. Neste espaço é importante abordar questões como: identificação do cuidador da pessoa em sofrimento, acompanhar o tratamento que é realizado em SM e suas prioridades, observar os cuidados não contemplados, estabelecer diálogo entre equipe e membros da família para ampliar a queixa e propor intervenções compartilhadas (BRASIL, 2013).

O ACS é o profissional na ESF que desenvolve o seu trabalho em sua maioria através das visitas domiciliares. Ele é o interlocutor entre equipe/instituição com a comunidade, contribuindo com o conhecimento dos condicionantes e determinantes da saúde. O trabalho deste profissional permite uma relação de igualdade com a comunidade, visto que há uma proximidade física, intelectual e social com os indivíduos e suas famílias, estabelecida pelos vínculos e entendimento da complexidade do meio onde vivem. Isto pode gerar uma transposição dos problemas, quando se percebem envolvidos e acabam sofrendo com isso (LUNARDELO, 2004).

Portanto, é um profissional que está em contato permanente com as questões psicossociais dos pacientes, possui o vínculo com as famílias e está sujeito a vivenciar fatos importantes da vida das pessoas pela proximidade que o trabalho proporciona.

Deve-se olhar também para a SM desses profissionais, se ela está sendo cuidada e se a prática dos ACSs está sendo respaldada, pois são eles que

vivenciam o conflito na comunidade e o desafio de abordar todas as questões a eles apresentadas.

Evidencia-se dentre as falas dos auxiliares de enfermagem que a abordagem em SM é realizada no momento do **acolhimento**¹⁰.

Um aspecto relevante apresentado foi o fato de que os pacientes chegam para acolhimento inicialmente por queixas físicas, e quando são ouvidos, estes se sentem mais à vontade para trazer queixas de sofrimentos psicossociais. Muitos dos auxiliares de enfermagem identificam que, nesse momento, buscam apoio com outros profissionais para o atendimento desta demanda ou para dar continuidade ao caso.

“Sim, isso a gente sempre pega no acolhimento, todo dia sempre vem, é, agente acaba relacionando, sempre eventual queixa de dor, dor, dor, dor, e você para pra conversar com o paciente, vai dar um pouquinho mais de atenção, você acaba vendo que a dor dele tem um outro, vem de outro fundo” (Verde 08)

“Às vezes chega, quando a gente está ali no acolhimento, acaba chegando sim. Tento conversar um pouco com o paciente, aí se eu vejo que é alguma coisa que foge aí eu procuro, pra ver alguma coisa imediata o que a gente pode fazer.” (Amarelo 12)

“Sim, bastante. Geralmente na pré-consulta, né? Que eles vão passar daí às vezes muitos deles chorosos é, daí você precisa ter aquele jogo di cintura, às vezes perguntar o que está acontecendo alguns têm dificuldade ou mesmo outros não querem falar nesse sentido, na pré-consulta” (Amarelo 10)

Mesmo esses profissionais relatando o acolhimento como um momento de contato com questões psicossociais, é preciso pensar sobre os significados e sentidos que aparecem em suas falas. Nota-se uma compreensão sobre acolhimento como um espaço programático na rotina da USF, para atender a todas as demandas de “saúde física” apresentadas pelos pacientes no decorrer do dia, principalmente em horário predeterminado.

Essa percepção fica limítrofe ao acolhimento entendido como um dispositivo para a formação de vínculo e a prática do cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de saúde

¹⁰ Entende-se acolhimento pelos entrevistados como a realização do momento de pré-consulta, onde as queixas são colhidas previamente dos atendimentos, ou para avaliar a queixa do paciente que procura a USF fora dos horários determinados de atendimentos e para realizarem os devidos encaminhamentos emergenciais.

já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e, se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013).

Percebe-se que uma abordagem mais ampliada não está internalizada na rotina dos profissionais de saúde da USF. As questões psicossociais são exploradas e os sofrimentos acolhidos - em seu sentido mais amplo - quando os pacientes apresentam essas demandas ou solicitem por este tipo de atenção.

Os profissionais da ER, entre eles médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de consultório dentário (ACD) realizam abordagem em SM quando estão em atendimentos individuais através de **consultas**, sejam elas agendadas ou eventuais.

“Ali nesse consultório passa... é pouco mas passa. A gente até tenta assim, dependendo do paciente é calmo, tranquilo, faz ali tudo, se o paciente é mais assim, agressivo, assim difícil a gente manda pro centro de especialidade que tem uma parte de especialidade lá, específica para isso, né? Mais a maioria é... tranquilo pra tratar aqui.” (Amarelo 06)

“Então, isso sempre tem né? Todo o paciente que tem algum problema que está aqui no posto e precisa de um psicólogo que está com algum problema e acaba passando no dentista também tem dor de dente. Então, acaba passando pela gente, né? Daí na sala chora, né? Quer conversar, desabafar e acaba falando do que está acontecendo essas coisas assim mas sempre tem.” (Verde 05)

“Eu particularmente não gosto muito, né? Mas assim, eu acabo conversando bastante às vezes até deixo uma consulta médica a gente acaba conversando só de mulheres que estão com problema com o marido, problemas com os filhos, filho está preso, filho usa drogas eu acho que a gente atende bastante mais às vezes é mais um ouvinte né? Mais um desabafo alguma coisa assim do que um profissional médico.” (Verde 07)

As falas desses entrevistados estão de acordo com o referido anteriormente (por outro grupo), pois demonstraram que as questões psicossociais só são abordadas quando apresentadas pelos pacientes em meio às consultas, realizadas para atendimentos a outras queixas. Deixa entender que a SM, para esses entrevistados, é algo mais complexo que a saúde física, necessitando de mais tempo para abordá-la e mais preparo profissional.

Pinto et al. (2012) acreditam que muitas pessoas com queixas psicossociais não são atendidas por diversos motivos que impedem a sua entrada nos serviços, configurando a demanda reprimida do sistema. Ainda segundo os autores, a equipe de saúde deve se aproximar da intersubjetividade para realizar uma atenção integral aos pacientes, observando as dimensões físicas, psicológicas e sociais para garantir o acesso ao cuidado e, conseqüentemente, aos serviços.

Os profissionais da ER apresentaram dificuldade em reconhecer questões psicossociais na prática em saúde e o “acolhimento” como abordagem eficaz para o alívio do sofrimento das pessoas, referindo pouco preparo para a abordagem do tema. Em síntese, o “acolhimento” é compreendido como uma forma de receber os casos apresentados à unidade e encaminhá-los para serviços ou profissionais especializados.

Os profissionais do NASF trouxeram um **olhar ampliado** sobre a SM. Reforçaram a necessidade de trabalhar esta questão em todos os espaços e por todos os membros da equipe, pois consideram que a SM tenha de estar intrínseca às abordagens dos profissionais de saúde.

“Acolhimento às vezes, até por conta dos profissionais ainda não perceberem a saúde mental como paciente integrante do posto de saúde que faz parte também, que é um paciente comum, e por não ter essa mão, e não ter a disponibilidade pra aprender e fazer o acolhimento, ter essa disposição, a gente acaba fazendo os primeiros acolhimentos, né? Os grupos de recepção e escuta, algum tipo de avaliação, risco domiciliar, nosso cotidiano mesmo.” (Rosa 03)

“Sim, atendo. Eu acho que saúde mental está em todos espaços, assim, acho que todo mundo que a gente atende consegue perceber alguma demanda de saúde mental, seja mais ou seja menos, incrível, mas acho que sempre a saúde mental da pessoa está sendo trabalhada, tanto às vezes no grupos por exemplo que eu faço atividade física, também tem saúde mental, né? Que a pessoa faz assim muito melhor tanto fisicamente como mentalmente também, acho que ampliando um pouquinho não só em pessoas que têm essa demanda, mas a gente sempre consegue trabalhar nessas coisas saúde mental. Acho que ela está incluída em todos nossos espaços.” (Rosa 04)

Os profissionais que não constituem a área estratégica de SM referida no CAB n. 27, Brasil (2010), também demonstram este olhar para às questões psicossociais e que realizam algum tipo de abordagem em SM. Este é um dado

relevante, pois indica um perfil profissional que vai ao encontro das propostas contidas nos referenciais teóricos.

As particularidades da saúde mental na APS e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano dos profissionais das equipes do NASF que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família. Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolutividade nesse nível de atenção (BRASIL, 2010, p. 37).

O olhar ampliado dos profissionais deve considerar, brevemente, as situações vividas a cada instante por sujeitos reais, em suas singularidades, apresentadas no trabalho em saúde, sendo flexível aos limites de cada matriz disciplinar.

O material empírico trouxe dados quanto ao entendimento sobre as formas como a demanda de SM são atendidas quando chegam à rotina da USF. Este dado contribuiu com a análise da rede percorrida pelas demandas psicossociais da USF e o compromisso de cada profissional. Os dados foram organizados através de fluxos que expressam as compreensões dos entrevistados, permitindo uma melhor visualização.

A **Figura 3** ilustra a compreensão dos entrevistados sobre o fluxo de atendimento, no qual a demanda é acolhida na pré-consulta ou acolhimento. Em seguida, direcionada para atendimentos individuais de médicos, enfermeiros ou dentistas e encaminhados para: grupos que abordem as demandas de SM (desenvolvidos na USF ou em outros serviços); profissionais de SM do NASF (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social); e serviços da rede de atenção à SM.

Figura 3 – Fluxo de atendimentos de pacientes com queixas psicossociais

As falas abaixo representam com mais significados o fluxo estabelecido nessa figura.

“Eu acredito que aqui os profissionais conseguem acolher bem saúde mental. Acho que eles conseguem porque os profissionais de nível superior têm uma facilidade. Então se o auxiliar de enfermagem fez um acolhimento e ele não entendeu, ele vai lá e pede uma ajuda. Então eu acho que os profissionais de nível superior conseguem aí ajudar, vamos pensar juntos! Vamos passar pro NASF. Vamos ver o que a gente vai fazer? Eu acho que aqui dá muita vazão pra saúde mental. Os médicos são muito bons, eles conseguem trabalhar muito bem.” (Rosa 02)

“Tem um acolhimento daí ver se está em acompanhamento em algum lugar, se está com a medicação em uso, pra estar tomando alguma coisa. Assim, dependendo como ele chega aqui, se chega no estado bom, estado calmo, daí é passado com a médica, a médica agenda ou já ver dependendo o caso se tem que passar com o NASF ou não. Ela está vendo isso agora, caso de surto, alguma coisa assim eu acho que eles chamam outros meios. Porque quando chega aqui, não chega pra gente esse paciente, chega na recepção é passado diretamente pra auxiliar, enfermeira ou médico.” (Amarelo 03)

“A gente separa o prontuário, leva ele pra sala, e procura fazer o acolhimento, conversar pra ver o que está acontecendo, porque que aconteceu aquilo, o que levou, se aconteceu alguma coisa se está nervosa, se é alguma coisa da família, é esse o procedimento que a gente tem que tomar. Depois a gente procura passar pra enfermeira ou pra médica, pra ver o que que vai fazer, se encaminhar, se tem que passar alguma medicação.” (Amarelo 12)

Nesses dados destaca-se uma cultura dos profissionais de identificar e “passar o caso”, dando a falsa ideia de resolução. Esse fato fragiliza a corresponsabilidade da equipe na continuidade dos casos e distancia a APS da coordenação do cuidado na RAS (ARCE et al., 2011). É neste contexto que a equipe NASF surge com a proposta de tentar rever a lógica dos encaminhamentos com base na referência/contrarreferência e estimular junto a ER acompanhamentos longitudinais (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008).

Na **Figura 4**, os entrevistados estabelecem um fluxo que expressa o contato inicial da ER com as questões psicossociais através da recepção dos pacientes nos espaços da USF, como pré-consulta/acolhimento e/ou consultas (agendadas ou eventuais), nos quais a demanda é identificada.

Figura 4 – Fluxo de atendimento de pacientes com queixas psicossociais

Porém, as falas revelam a dificuldade dos profissionais em abordarem questões psicossociais, até mesmo quando referidas pelos pacientes, não considerando que essas questões podem estar contribuindo com o seu adoecimento, sendo tomada a conduta de encaminhamento para atividades realizadas pelo NASF.

“Pela equipe? Muitas vezes é, na maioria das vezes, quando já fala assim que é, sei lá, problema de depressão, aí já marca NASF, não tem um acolhimento, uma conversa. Não dá uma investigada. Eu tenho feito isso na medida do possível, mas a equipe não. É acolhido rapidamente, bem superficialmente.” (Amarelo 17)

“A equipe marca no dia que a gente [NASF] está! Eu não sei se a equipe está preparada para isso, acho que eles acolhem, escutam, mas a forma de lhe dar, de acompanhar eu acho que é um pouco complicado. É que a gente tem o nosso grupo de recepção e escuta que é um respaldo pra eles encaminharem, mas com a gente lá eu acho que eles acabam mesmo encaminhando e não lhe dando com essas pessoas de saúde mental. (Rosa 04)

“A unidade por si só tem um fluxo de acolhimento que aqui é chamado de eventual ou acolhimento. E tem o acolhimento também não só da equipe, mas como da equipe NASF, né? Então, qualquer paciente que chegue com alguma queixa nesse aspecto, ele recebe a escuta, é acolhido, e aí se conversa a respeito de como esse paciente deve ser visto, se ele vai passar pela avaliação médica, se ele vai passar pelo NASF, se ele vai ser acolhido já diretamente pela psicóloga, quem que vai conseguir ajudá-lo nessa demanda, nesse sofrimento de alguma forma. Acho que todo mundo pode acolher e ajudar essa pessoa que chega na unidade com esse tipo de queixa de sofrimento.” (Amarelo 15)

As abordagens iniciais em SM da ER são trocadas por resoluções imediatas, como orientar os pacientes a procurar o NASF diretamente ou encaminhá-los para atividades/serviços de referência. O NASF não se constitui como serviço com unidades físicas independentes e/ou porta de entrada da USF (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008; BRASIL, 2010, 2013). Na APS, o acolhimento e o vínculo que são estabelecidos na condução dos casos favorecem a execução de um fluxo contínuo na assistência requisitada (PINTO et al., 2012).

A **Figura 5** estabelece um fluxo no qual o paciente é acolhido na pré-consulta/acolhimento ou em outros espaços da USF. E quando identificada a demanda de SM, ele é atendido em consultas com profissionais da ER (médicos, enfermeiros e dentistas) para, e em seguida, discutirem os casos com o NASF. Logo após as discussões, os casos são encaminhados para serviços, ou atividades, na USF ou em outros recursos. Porém, alguns casos são encaminhados sem a discussão prévia com a equipe do NASF.

Há uma compreensão sobre o fluxo dos pacientes que mais se aproxima da proposta do NASF, tanto pelo CAB n. 27, Brasil (2010), quanto à proposta do município em estudo, conforme falas e fluxo abaixo.

“Atende, até esses dias eu peguei um caso, veio um paciente que teve alta do Hospital Psiquiátrico, aí eu tenho que passar pra minha enfermeira, né? Aí acho que elas discutem entre médico e vai pro NASF, porque é isso que eu falei, não é acho que só na visão minha sabe? Que é o NASF que cuida da parte emocional dos pacientes. Eu acho que por isso que eu falei que o NASF já faz parte do posto, porque não tem como fala de saúde mental, de algum problema emocional de qualquer paciente que seja sem estar ligado ao NASF.” (Amarelo 08)

“Então, eu sei que quando vem um caso assim de qualquer histórico, a pessoa já vem procurando ajuda. Sempre discute com a médica, daí eles que dão encaminhamento, daí fica lá pra ser discutido, né? Porque não pode, ele veio procurar ajuda, né? Não dá pra, mesmo que não tenha o NASF na hora, não tenha como encaminhar pra psiquiatra, psicóloga, a gente tem que tomar uma frente.” (Amarelo 13)

“A pessoa chega na unidade, dependendo se vem pra uma consulta eventual, normalmente eles já vêm com a consulta marcada, agendada. Passa com o médico e a enfermeira, a enfermeira olha esse paciente, dependendo do caso, traz pro matriciamento junto ao NASF, ou se nós enfermeiro e médico juntas, nós juntos conseguimos dar encaminhamento, nós já fazemos dali mesmo.” (Amarelo 16)

Figura 5 – Fluxo de atendimento de pacientes com queixas psicossociais

Nesse dado cabe uma análise sobre a forma em que o matriciamento em SM está sendo compreendido, pois aparece, dentre as falas, certa dependência da ER em solicitar o NASF em todos os casos de SM. Ao mesmo tempo, alguns profissionais referem que os casos são acolhidos pela ER e encaminhados para serviços de referência, quando os profissionais do NASF não se encontram na USF.

Demonstra-se que os entrevistados utilizam as discussões entre as equipes para a referência e contrarreferência dos casos, onde estes são apenas transferidos de uma equipe para a outra, fragilizando a proposta de reorganização e articulação da rede de serviços e da construção de protocolos.

Essas questões se contradizem com a proposta de matriciamento que, segundo Sousa et al. (2011), surge para desconstruir a burocracia dos sistemas de referência e contrarreferência dos serviços hierarquizados. Isto se dá quando os profissionais dialogam entre os níveis de atenção à saúde, permitindo capacitações das equipes e assistência integral das pessoas.

A APS tem como princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. E suas ações devem ser desenvolvidas em um território determinado, possibilitando aos profissionais de saúde proximidade para conhecer a história de vida das pessoas. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico (Brasil, 2013). Os profissionais devem estar munidos de ferramentas e tecnologias para a realização de atividades que atendam às necessidades de saúde.

Para conhecer e analisar as estratégias interventivas em SM, os entrevistados foram abordados quanto ao conhecimento sobre estas atividades destinadas ao cuidado em SM na USF e por quem elas são coordenadas. Estas foram compreendidas como atividades educativas, grupos operativos e terapêuticos, prevenção de doenças e promoção da SM. Estas ações auxiliam no enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento mental, além de práticas intersetoriais para o provimento da cidadania (DALLA VECCHIA, 2006).

Nas falas dos entrevistados, apareceram atividades como: discussões de casos, acolhimento em diferentes espaços da USF, atendimentos individuais e grupais desenvolvidos tanto pela ER como pela equipe NASF, como segue:

“Esses pacientes vêm com muitas demandas nesses grupos então direcionados pra saúde mental. Tem essas atividades, tem o grupo de alongamento que ajuda bastante no relaxamento, não só na parte física, mesmo, por exemplo, no grupo que a gente está fazendo fora do horário que é do hiperdia é. A gente não está focando só na hipertensão e no diabetes, cada grupo ele pode ter esse enfoque na saúde mental e na escuta do paciente. Eu acho que cada grupo feito na unidade, cada espaço de confraternização, de troca, ele pode ser usado como saúde mental também. Então tem a caminhada, tem as consultas mesmo.” (Amarelo 15)

“Eu, existe qualidade de vida né? Na verdade assim a maioria das atividades mexe um pouco né? Com a parte psicológica do paciente, mesmo o grupo de tabagismo, eu acho que a parte psicológica é tudo, né? Não, é assim tem momentos que a gente consulta, ou mesmo às vezes chega paciente na farmácia começa contar a vida daí a gente acaba conversando, batendo um papo que você vê que a pessoa sai melhor.” (Amarelo 10)

“A equipe não faz atividades de saúde mental. Existe. Que é, são os atendimentos compartilhados, tem o grupo de recepção e escuta, tem os atendimentos individuais, é, quando há necessidade, tem os encaminhamentos pra outros serviços quando a gente verifica necessidade de encaminhar pra uma psicoterapia, pra um atendimento mais especializado, pra encaminhamento pra uma psiquiatria se tiver necessidade, pra uma Oficina Girassol, pra um tratamento alternativo, e além das discussões de casos com médicos, com o psiquiatra, nosso psiquiatra do NASF, e, que mais que tem? E o grupo de crianças também que a gente faz saúde mental.” (Rosa 02)

O trabalho em SM é desenvolvido por diversas atividades da USF, seja pela coordenação da ER ou do NASF, em alguns momentos de modo compartilhado entre as equipes.

As diversas intervenções de saúde devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pelas produções de vida de saúde e não se restringindo à cura de doenças (BRASIL, 2013).

Porém, na maioria das falas dos entrevistados, evidenciou-se que a coordenação das intervenções em SM é de **responsabilidade do NASF**. Portanto, as atividades que trabalham modos diferentes de cuidado estão incorporadas à rotina do serviço da USF, mas não são desenvolvidas pela ER.

“Trabalho específico de saúde mental aqui no posto. Acho que é só o NASF, fora o NASF não tem nada de diferente. De saúde mental não, aí eu já não sei.” (Amarelo 14)

“A unidade não tem, porque a partir que vocês vieram que aí tem o grupo né? Não tem o grupo? O grupo, grupo quando fica lá, de recepção e escuta, serve como saúde mental? É porque se a pessoa está com algum problema, escuta, conversa e daí, eu não sei não, mas é só com vocês. Mas os outros também entram porque, desde que você trabalhe com o corpo, ou sei lá, ou mesmo do, do tabagismo eu creio que é uma maneira que a pessoa encontra de saúde, eu vejo isso eu acho, não só muito boa com as palavras. Que está acontecendo agora é o de hipertenso, também creio que muita gente vem, lógico pela pressão e do diabetes, mas acho que a maioria vem pra sair um pouco da casa, vem falar dos seus problemas particulares então também não deixa de ser. Vira um grupo de convivência, vira isso.” (Verde 04)

“O NASF tem o grupo de recepção e escuta que as pessoas chegam com determinadas queixas, principalmente de saúde mental, e aí por meio destes grupos de recepção e escuta a gente vai tentando dar vazão pros atendimentos e ver o que fazer pra tentar melhorar as condições dessas pessoas. Mas acho que da equipe não consigo ver um, uma disposição de tentar atender, tentar, só quando o NASF marca atendimento compartilhado, aí alguém da equipe geralmente entra, médico, entra, atende junto, quando precisar fazer algumas VD de saúde mental, tem procurado ir, mas acho que, que esse processo vem do NASF. O NASF chega com isso e pede o apoio da unidade. O sentido está ao contrário, tinha que partir da unidade, e a gente estar apoiando. Não! A gente vai e a unidade apoia.” (Rosa 05)

Na APS, o desenvolvimento de intervenções em SM é promovido pelos encontros entre profissionais e usuários no dia a dia da USF, em que juntos recriam ferramentas e estratégias para compartilhar o cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Contudo, a ER apresenta fragilidades no trabalho em SM, ou porque possuem dificuldade em compreender o tema em sua amplitude, ou porque o processo de trabalho não permite o encontro desta com os usuários, de modo que se produzam novos conhecimentos.

A falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes seja tratada apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008, P. 223-224).

Um aspecto importante que também pode justificar tal fato são as questões subjetivas de cada profissional ou nas relações entre eles que permeiam este cenário, como segue no próximo item. Para Brasil (2013), a subjetividade age como

uma linha de força sobre a realidade, transformando o meio social em intensa construção do mundo em que cada um habita.

Os entrevistados trouxeram questões referentes aos sentimentos vivenciados nos atendimentos aos pacientes em sofrimento. Foram referidas **dificuldades em abordar SM** na rotina do serviço. No entanto, os entrevistados consideram que esta questão foi superada no decorrer do trabalho vivenciado ou com o respaldo do NASF ou de outros profissionais que colaboraram para o aprimoramento do manejo em SM. Demonstraram empatia com o tema, e os limites da formação em SM eram supridos através de atitudes humanizadas, como acolher e escutar, entre outras.

“Agora eu me sinto mais preparada, no começo não, com as discussões, com as médicas, agora eu me sinto mais preparada pra dar um encaminhamento. No início não, agora me sinto mais preparada.” (Amarelo 17)

“Eu gosto muito de saúde mental, ao mesmo tempo que gosto eu acho que eu tenho as minhas limitações em saúde mental. O que os pacientes trazem de sofrimento psíquico aqui na unidade vem muito da parte social. Então eu acho que o fato de você suprir a carência é dar uma atenção pro paciente e você já está cuidando da saúde mental dele, né? Eu acho que não é só remédio né? Então, eu acho que a saúde da família ela consegue trabalhar bastante isso, mas eu acho que a gente tem que cada vez mais aprender, se capacitar em relação a essa área que é muito ampla e muito difícil, mas é muito interessante também.” (Amarelo 15)

Segundo o CAB n. 27, os saberes e práticas devem se articular à construção de um processo que valorize a subjetividade, não se limitando às abordagens técnicas. Com isto, os serviços de saúde tornam-se mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos. A disponibilidade de cada profissional, em adquirir novos conhecimentos, reconhecer seus limites e se permitirem vivenciar a troca de experiência com o outro, pode contribuir com o aprimoramento da técnica e fomentar a prática em saúde (BRASIL, 2010).

Ainda, os entrevistados apresentaram dificuldades com o tema de SM, seja pelo fato de se sentirem pouco preparados para abordagem de questões psicossociais, seja por não perceberem que algumas de suas condutas abordam a SM como: acolhimento, escuta qualificada, orientações e empatia. Contudo, enfrentam esses desconfortos realizando encaminhamentos para outros profissionais ou atividades que trabalhem mais com o tema. Alguns entrevistados

relataram “mal-estar” ou “medo” quando se deparam com pacientes em sofrimento psíquico, associando estes a uma visão de doença mental no seu estado mais grave.

“Não, não, me sinto preparada pra falar pra você. Você pode achar que eu sou até tonta. Agora alguns pacientes que eu já vi em saúde mental dá até medo, que eu não sei como reagir. Sabe algumas situações que acontece assim eu prefiro. Eu faço minhas visitas, eu converso com o paciente na medida que o paciente quer conversar, mas eu não sou daquelas de ficar, sabe? Cutucando. Se você quer falar pra mim, você fala, se você não quer, você não fala. E quantas vezes já aconteceu caso de paciente estar surtado, alguma coisa assim, infelizmente eu não sei o que fazer. Até a parte do medo mesmo, está ele ali, porque não sabe o que fazer no momento. Às vezes de coisa de pensar em largar e virar as costas e ir embora, entendeu? Porque o medo paira quando está em caso de um caso extremo.” (Amarelo 03)

“Nem sempre a gente está preparado né? Tem dias, tem pacientes, acontece esse tipo de coisa que você consegue, dar atenção pra ele, você consegue, acaba com tempo, às vezes não dá tempo pra dar atenção, pra conversar, você está atendendo ele já tem outro paciente esperando, mas tem dia que está assim, nem sempre você está preparado pra isso. Ai você fala: -Nossa e agora? Ontem mesmo, veio um que a esposa tinha morrido, vai fazer o que com isso? Encaminhei pro NASF.” (Verde 08)

A maioria dos ACSs e outros profissionais, como auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos, referiram que suas atuações se restringem a acolher as queixas psicossociais, quando a demanda é apresentada a eles, conforme necessidade do paciente. Também, demonstraram desconforto na realização desta abordagem pelo fato de se sentirem despreparados e poucos capacitados.

O fato do pouco envolvimento dos profissionais no cuidado em SM e do sentimento de despreparado nesta atuação faz com que esta demanda fique reprimida, não sendo atendida pelos serviços de saúde. Isto gera tanto nos profissionais como nos usuários uma desvalia das questões psicossociais na completude do processo de saúde-doença-cuidado.

Outro aspecto importante para esse sentimento de despreparo nas abordagens de SM é a formação que os profissionais receberam, pois até mesmo os profissionais da área da SM, como psicólogos e psiquiatras, têm dificuldades postas pela formação acadêmica que tiveram para atuar na APS (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008).

Um pequeno grupo de entrevistados relatou **satisfação do trabalho** que desenvolvem em SM e familiaridade com o tema, por possuírem formação na área. Dentre esses apareceram questões importantes como a medicalização do sofrimento e as condições do cenário atual da ESF, como segue:

“Eu me sinto muito à vontade na Atenção Básica, é uma praia que eu acho que eu entendo que eu consigo enxergar bem, chega tudo de saúde mental, todas as demandas, todo sofrimento chega na Atenção Básica. No geral pedindo uma providência medicamentosa, né? Eu também me sinto muito à vontade de discutir que não é só isso. Me incomoda muito quando eu estou em equipe que me chamam só pro papel de prescritora. Eu estou em um lugar que me incomoda muito quando eu sou chamada pra prescrever só? Como primeiro passo o PTS. Assim, a prescrição é às vezes muito mal recebida quando eu digo não. Vamos escutar um pouco, vamos entender um pouco mais, acho que a gente vai colocar medicação na hora errada. O profissional da atenção básica está ali, pra saber essa distinção, dá pra esperar um pouquinho? Dá pra medicar agora?” (Rosa 07)

“Eu particularmente acho que faço muito bem meu trabalho, porque eu gosto do que eu faço. É o que eu gostaria que fizesse por mim. Eu tento dar o meu melhor, não que seja o melhor, eu gostaria que fosse o melhor, porque infelizmente o PSF está muito defasado. E o que eu conheço hoje em dia praticamente ele está zero, está errado, o que eu acho errado não é da parte do meu serviço, mas da hierarquia mesmo, não tem a boa vontade. Porque o que eu aprendi há dez anos, que é uma coisa maravilhosa, do pouco que a gente tem já ajudou muito, mas se fosse melhor a gente já teria melhor, muito melhor. Eu acho que a gente está num momento bem difícil agora. O posto está parecendo pior que o UBS, o posto está faltando qualidade, porque o que eles querem não é o que os profissionais aqui querem, mas só acho que os demais querem acima querem quantidade e não qualidade. E o PSF preconiza o quê? Qualidade, investir na promoção e prevenção e é essa a lógica do PSF, mas aqui não tá tendo.” (Amarelo 01)

Alguns entrevistados referiram sentir-se preparados para desenvolver o trabalho em SM. Nota-se que uma grande parte da formação dos profissionais de saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Portanto, muitas das expectativas acerca do manejo dos casos de SM são para resolver os sintomas que os usuários expõem e muitos profissionais de saúde depositam na medicação a “cura” do sofrimento (BRASIL, 2013).

A abordagem das expectativas dos profissionais sobre a quem compete atender SM, na rotina da USF, demonstrou que a maioria dos entrevistados, sendo seis do NASF, acredita que o acolhimento à SM deve ser realizado por profissionais

da ER, independente da formação, dentro dos seus limites de atuação, e se necessário, solicitar por profissionais de SM do NASF para prestar apoio.

“Eu acho que a equipe poderia acolher, sendo casos graves, deveria ter um apoio, a nossa equipe todo mundo, todo mundo. Eu acredito um psicólogo, um psiquiátrico para ter um apoio.” (Verde 01)

“Eu acho que pra mim ou pro médico, porque eu vou poder orientar, o médico vai prescrever alguma medicação, eu acho que a equipe mesmo cada um tem que fazer o seu pouquinho pra dar o resultado no final.” (Verde 02)

“Pra mim, toda unidade. Todo mundo entra em contato com saúde mental, desde o agente comunitário que faz a sua visita e acaba fazendo uma escuta, até a pessoa que faz a pré-consulta, a pessoa que faz a pós tem contato com essa demanda de saúde mental. Então assim, todo mundo deveria saber um pouquinho, né? Minimamente, e treinar um pouquinho, nem que seja de escuta, e saber um pouquinho dessa parte de saúde mental, porque todo mundo atende. Não importa a hora, talvez as pessoas não têm um momento de crise, mas assim, o enfermeiro e o médico, são as pessoas da unidade em geral, que deveriam ter um pouquinho mais de sensibilidade pra esses casos. E aí o NASF que vai servir de retaguarda pra isso, mas na verdade o pontapé inicial é o começo de tudo” (Rosa 03)

Outro fato relevante foi que os entrevistados perceberam que a complexidade da queixa determina o profissional de competência que atenderá o caso. Eles referem que os profissionais de nível superior, seja da própria ER ou do NASF, deveriam ter mais manejo para trabalhar as questões de SM. No entanto, todos da equipe precisam estar dispostos a atender SM.

“Na verdade eu acho que o primeiro atendimento compete a qualquer profissional da saúde, né? Primeiro tem que ser o acolhimento, né? Acolher, qualquer profissional tem que ter essa responsabilidade, até eu posso. O acolher, daí você tem que saber pra quem encaminhar. né? Daí que eu acho que é isso, daí eu acho que gente está encaminhando com o NASF. Tem o grupo de recepção e escuta, e depois acaba baseando nisso e encaminhando.” (Amarelo 07)

“Eu acho que seria a médica, no ponto de vista atender, agora aquela coisa assim dependendo o caso se for apenas um acolhimento, uma atenção, alguma coisa daí qualquer profissional poderia dar essa atenção entendeu? Agora se é um, um ponto mais crítico ou um, um paciente mais específico daí eu acho que é a médica sim, que até porque alguns pacientes são muito nervosos e que a médica que atenda, entendeu? Até pra falar alguma coisa é

médica entendeu, às vezes pra gente eu chego tanto na casa, aqui é difícil paciente conversar comigo. Vai lá na casa a gente pergunta tal, tal, nunca falou um problema que tinha falado pra doutora” (Amarelo 03)

Notou-se uma compreensão sobre acolhimento das questões psicossociais e o papel de todos os profissionais da saúde frente a esta demanda, conforme preconiza o CAB n. 34.

Entendemos que as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em Saúde Mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha se identificar (BRASIL, 2013, p. 22).

Esse dado se contradiz, quando comparado ao dado já apresentado que ilustra as atividades desenvolvidas na USF, pois os entrevistados, de um modo geral, referem que as atividades de SM são desenvolvidas, majoritariamente, pelos profissionais de nível superior, por meio de atividades grupais e pelo NASF. Outros relataram que o enfermeiro ou médico da ER, principalmente este último, devem realizar a atenção às questões de SM com os profissionais do NASF.

“Primeiro lugar os casos mais complexos, a psicóloga, assistente social também e a TO. Mas, eu não descarto outros profissionais pra atender Saúde Mental, mas no meu caso eu, assim aprendi muito Saúde Mental atendendo junto com esses profissionais. Eu acho que agora assim, eu até dou conta de atender alguns, né? Os casos menos complexos, mas, acho que é isso mesmo, a gente tá trabalhando multi, todos profissionais juntos, mas acho que às vezes tem algumas competências mesmo que tem o limite também de cada profissão e acho que às vezes fica muito confuso pra gente, quando a gente trabalha com todas as profissões juntas, né? Mesma coisa um profissional, um assistente social “tocar” um grupo de alongamento, ou passar exercícios, né? A Saúde Mental é mais subjetiva, do que passar um exercício, mas mesmo assim tem os limites de cada profissão, por mais que eu acho que num acolhimento, todos profissionais podem fazer o acolhimento independente, eu acho que às vezes tem algumas coisas específicas, que a gente acaba conversando e tendo o respaldo do profissional que está mais próximo, que eu vejo assim de referência pra saúde mental, seria esses três, mas eu atendo vou conversar, vou tirar algumas dúvidas, pra ter um respaldo também.” (Rosa 04)

“Olha, na ausência do NASF, acho que o médico, acho que é o que está mais ou menos preparado, mais ou menos não né? Acho que

ele tem uma noção um pouco disso, e daí, se tiver o NASF junto o médico atenderia o paciente e levaria o caso pro NASF né? Pra discutir ou tratar o paciente.” (Amarelo 06)

“Eu acho que compete ao médico, compete também ao NASF. Acho que tem que ser um trabalho em conjunto assim, tem muitas coisas que não dá para um profissional só resolver, tem que ser feito em conjunto.” (Verde 08)

Mesmo que esses relatos demonstrem que os entrevistados corresponsabilizam a ER para realizar a atenção às demandas de SM, essas intervenções ainda são restritas aos profissionais de nível superior da ER e também ao NASF, especificadamente os profissionais da área estratégica de SM. Ainda, acredita-se que o atendimento de SM, ou até mesmo o acolhimento, deve ser realizado por profissionais de nível superior, como psiquiatras, psicólogos ou médicos com especialização na área de SM.

“A saúde mental [...] psicólogo e psiquiatra. Não sei, mas acho que se a pessoa está apta e tem capacidade, tem estudo, creio que sim, mas eu acho que o psicólogo, eu não sei se é porque quando eu entrei aqui eu entrei sem saber nada, quando eu entrei já tinha psicólogo. Acho que na minha mente são esses dois, acho que o médico, se for estudado e tem capacidade pra tentar resolver, eu creio que sim também.” (Verde 04)

“Teria que ser um psiquiatra. Teria que ter um psiquiatra pra poder ajudar melhor, né? Entendendo melhor dessas coisas. Mas seria bom se implantasse um médico especial pra saúde mental. Eu acho que paciente mental teria que ser tratado mais com mais apoio, com mais carinho, porque eles são, eles necessitam, são carentes de afeto, independente de agressividade, de qualquer coisa assim.” (Amarelo 11)

Essa compreensão, sobre associar SM apenas aos profissionais como psicólogos e psiquiatras, fica equivocada, pois a proposta da ESF prevê mudanças paradigmáticas na maneira de se conceber a relação de todos os profissionais com a população e com as questões saúde-doença-cuidado, requisitando das equipes formações multiprofissionais para contribuírem com diferentes olhares (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008).

Assim, o papel do NASF esteve associado ao conceito de matriciamento, mas a prática do serviço demonstra que existem obstáculos na realização deste, principalmente na área estratégica SM. Esta área tem sua importância dentro da rotina da USF estudada, tanto pela frequente demanda, quanto pelas ações

desenvolvidas na USF, desde a implantação da ESM. Contudo, com a inserção do NASF, institui-se pela gestão municipal a reconstrução do trabalho executado na USF, pela ER, programas e até então ESM, para se adaptarem à proposta de apoio matricial. Os dados comprovam que fica inviável instituir algo novo ao que ainda não estava concluído, gerando mudanças constantes e abruptas nas equipes.

Durante o estudo e da prática na USF, a pesquisadora vivenciou um movimento de descobertas, do implícito ou explícito, consequentes do processo de implantação do NASF. Este movimento permitiu despertar um olhar crítico da ER e NASF para o recente acontecimento e contribuiu para levantar inquietações do processo de trabalho da USF. Para tanto, a pesquisadora não se comportou como detentora do conhecimento, mas sim proporcionou a produção de novas expectativas da ER quanto à reconstrução do modelo de atenção à saúde para atingir a sensibilidade no entendimento da totalidade da vida das pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou aproximar a prática profissional de um olhar científico, buscando a análise das mudanças geradas, a partir da implantação do NASF e da reorganização da área estratégica SM. O presente estudo permitiu conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, caracterizar as principais demandas de casos ao NASF e as condutas adotadas, bem como investigar sobre os sentidos, significados e expectativas dos profissionais quanto ao cuidado à SM na APS em seu rearranjo.

A trajetória deste estudo identificou obstáculos na realidade dos serviços, ao tentar caminhar de acordo com os princípios e diretrizes da ESF. Evidenciou um distanciamento entre a atenção prestada e a amplitude de significados que traz o conceito de saúde. A rede de petição e compromissos estabelecida pela ER em relação à proposta de matriciamento, principalmente quanto à SM, se encontra fragilizada. Notaram-se profissionais desgastados com o processo de trabalho e prática engessada, dificultando o desafio de novas propostas.

O planejamento da implantação do NASF, por parte da gestão do município, não contemplou as expectativas dos profissionais da APS, demonstrando insuficiente a forma como este serviço foi introduzido na rede. Portanto, evidencia-se a necessidade de capacitações e planejamento participativo entre comunidade, gestores e profissionais da rede municipal. A Educação Permanente é uma estratégia relevante que deve ser incorporada à rotina das equipes para que estejam atualizadas e garantam aos usuários acesso às atuais políticas de saúde.

Há um reconhecimento da necessidade de profissionais de outras categoriais para apoiar as ERs na APS, mas isto não significa que o apoio seja entendido na forma matricial e a demanda por outros profissionais para responder aos determinantes de saúde-doença-cuidado. O NASF é uma equipe possuidora de competências que vão ao encontro das questões de saúde-doença-cuidado por ser constituído de equipe multiprofissional diferente da ER. No entanto, este aspecto não deve substituir o trabalho da ER ou servir como equipe desconectada, fragmentada, sem ações compartilhadas, contínuas e corresponsabilizadas.

A ER tem o desafio de incluir em seus trabalhos novas práticas em saúde, novos conhecimentos e um cuidado integral que permeia a compreensão de

totalidade do sujeito, ou seja, o olhar de clínica ampliada para atenção em saúde de forma singular. A realidade apresentada por este estudo mostra uma dificuldade da ER em executar tais propostas, mesmo que este conceito faça parte das percepções dos entrevistados que acreditam na abordagem ampliada como essencial para o cotidiano do trabalho. Outro desafio é desvendar as competências do NASF, para que se caminhe na lógica do apoio matricial e possa atender a totalidade do processo saúde-doença-cuidado.

No cenário da ESF, encontram-se condições de trabalho dos profissionais saturadas pelas cobranças de produtividade e atribuições múltiplas de trabalho, além da população buscar por ações curativas e de atenção especializada, fato este construído pelo sistema dos serviços de saúde. Essa realidade provoca o distanciamento das práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, e uma cultura de medicalização do sofrimento, presente na formação acadêmica dos profissionais, dos gestores, e na compreensão do conceito de saúde equivocada da população. Sendo assim, especificadamente, a SM sofre todos esses vieses por demandar posturas profissionais diferentes e serviços adequados às demandas biopsicossociais.

Nesse sentido, tem-se como certo que o objetivo geral estabelecido de analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre as mudanças vivenciadas com a implantação do NASF foi alcançado, corroborando que a inclusão de programas, equipes ou serviços em uma rede requer avaliação prévia quanto as suas reais necessidades e adequação às mudanças técnicas e políticas propostas pelos governos, uma vez que cada território tem suas características, e cada ator envolvido tem seu conhecimento.

Uma das fragilidades deste estudo reside no fato de que a pesquisadora integra a equipe do NASF estudada, podendo em certos momentos implicar em constrangimentos e também em maior liberdade dos membros entrevistados fazerem suas considerações. Outra fragilidade é de que a entrevista se deu em meio à rotina de trabalho dos profissionais, para facilitar aos participantes, porém não permitiu um total distanciamento físico da rotina e disponibilidade para responderem às questões apresentadas.

Por fim, conclui-se tratar de um tema científico e social relevante, uma vez que sua divulgação pode contribuir para a melhoria do planejamento e da reorganização dos modelos de atenção à saúde instituídos.

A pesquisa qualitativa colabora com o processo de aprendizagem no sentido de que sua realização suscita uma série de novas indagações. Este estudo desencadeou outros questionamentos que ainda precisam ser investigados em outras realidades, como: a proposta de matriciamento contempla a necessidade dos serviços de saúde da APS? As unidades de saúde e suas equipes estão adequadas e preparadas para receber o NASF? O apoio matricial é a melhor ferramenta para responder às demandas mais complexas presentes nas unidades básicas de saúde?

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado Integral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Reguladoras de pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 de mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-50.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224, 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1994. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-anitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental n.º 34**. Brasília, MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF n.º 27**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 28 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF, 2006.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

_____. Ministério do Estado da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006. cap. 5, p. 88-110.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 225.

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

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES DE SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: CNDSS, abr. 2008. 216 p. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.961-970, 2011.

DALLA VECCHIA, M. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 164p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2006.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. cap. 1, p. 23-64.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

_____. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da unicamp. In: MERHY, E. E et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.135-60.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p. 459-73.

FREIRE, M. A. M. et al. O processo de trabalho em uma unidade básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 508-514, set. 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 79-108.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 326 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@: Botucatu. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02 jun 2011.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. 154p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte: 1993-1996**. 2001. 395p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

MENDES, E. V. As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In: MENDES, E. V. (Ed.) **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 25-59.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: XAMÃ, 1998. p. 103-120.

_____. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp, 1999.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 2, p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 09-29.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S. GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. cap. 11, p. 273-282.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; GAMA, C. A. Saúde mental na Atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. cap. 9, p. 221-246.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. ed. 6. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, cap. 20. p. 567-586.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Botucatu, SP, 2012.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, Jul 2001.

SILVA, A. T. C et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SOUZA, D. V., ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 76-85, jul./dez. 2003.

SOUSA, F. S. P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1579-99, 2011.

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-107.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE. **Sanare**: Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul./dez. 2005-2007.

VIGOTSKI, L. S. Problemas de método. In: COLE, M. et al. (Org). **Formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 59-83.

ZANELLA, A.V. et al. **Questões de método em textos de Vygotski**: contribuições à pesquisa em psicologia. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 25-33, ago.2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da
entrevista: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	DN:
Endereço:	Bairro:
Estado Civil:	Sexo:
Função:	Faixa de Renda:
Tempo de atuação na equipe:	

ESCOLARIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1) Qual a sua escolaridade?	
☐ Ensino fundamental incompleto	☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino Médio incompleto	☐ Ensino Médio completo
☐ Ensino Superior incompleto	☐ Ensino Superior completo
Você frequentou escola:	
☐ somente pública	☐ somente privada
☐ maior parte pública	☐ maior parte privada
2) Já realizou cursos relacionados com o tema: Saúde da Família, Saúde Mental ou NASF?	
☐ Sim ☐ Não	Qual?
Promovido por:	Participação:
☐ Prefeitura Municipal	☐ Por interesse próprio
☐ SMS	☐ Convocação do trabalho
☐ Outros setores do município	☐ Formação acadêmica
☐ Instituições formadoras	
☐ Outros. Qual?	
Quanto tempo aproximado de duração?	
☐ Até 4 horas	
☐ Acima de 4 horas até 20 horas	
☐ Acima de 20 horas	

- **ANALISAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO NASF E A REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.**

Pergunta Disparadora: Por favor, fale sobre a implantação do NASF.

(Atentar se as pessoas abordam suas possibilidades e limites para os usuários e para a melhoria do processo de trabalho da USF. Caso o entrevistado não aborde alguma das questões citadas abaixo, lançá-las diretamente para que o assunto seja contemplado)

- 3) Fale sobre a implantação do NASF
- 4) O que é o NASF?
- 5) Para que serve o NASF?
- 6) Quais profissionais que podem compor o NASF?
- 7) Quais atividades o NASF pode realizar?
- 8) Você percebe ou percebeu dificuldades a partir da implantação deste serviço? Quais?
- 9) O que o NASF pode contribuir para a população?
- 10) O que o NASF pode contribuir para o processo de trabalho da USF?

- **CONHECER OS SENTIDOS, SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS SOBRE O MODO DE TRABALHAR A SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DA USF.**

- 11) O que é saúde mental?
- 12) Você atende paciente com queixas relacionadas com questões psicossociais? Como você se sente?
- 13) Como os pacientes com queixas em decorrência as questões psicossociais são acolhidos pela ER?
- 14) Como se trabalha Saúde Mental na USF? Existe algum trabalho específico na USF que aborde saúde mental? Se sim especificar qual e se é promoção, prevenção ou reabilitação. Quem desenvolve-as?
- 15) O NASF desenvolve alguma atividade de saúde mental? (Qual, Como, Quem coordena e Onde?)
- 16) Os casos de Saúde Mental são todos encaminhados para outros serviços? Quais?
- 17) A quem compete atender as questões de saúde mental?
- 18) Você gostaria de fazer alguma observação referente a suas expectativas? Teve alguma frustração quanto ao NASF?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12 -
CNS-MS)**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental?” desenvolvida por **Flávia Thais Ramos**, aluna regular do mestrado do Programa de Saúde da Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP, sob orientação do Professora **Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava**. O objetivo central do estudo é: analisar o processo de implantação do NASF e a reorganização do serviço de saúde mental sob a perspectiva dos profissionais envolvidos no cenário da Atenção Primária de Saúde.

A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto e se realizará a gravação magnética da entrevista com transcrição na íntegra, sendo as mesmas destruídas ao final da pesquisa, no entanto, estas somente serão gravadas se houver autorização do entrevistado (a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, e do questionário aproximadamente trinta minutos. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a sua informação e arquivo. Qualquer dúvida, questão, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: a

pesquisadora¹ responsável pelo telefone (14) 91433378, ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelos telefones (14) 38801609/38801608. Ainda, se necessário, enviar e-mail para: flatha@hotmail.com, ou com a orientadora² responsável pela pesquisa, e-mail: mcbava@fmrp.usp.br.

Assim, eu, _____

RG nº _____ concordo em participar da pesquisa.

Botucatu, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da responsável pela pesquisa

¹ Flávia Thais Ramos (responsável pela pesquisa) – Rua Tiradentes, 240 – Jardim Central – Botucatu/SP – Email: flatha@hotmail.com – Telefone: (14) 91433378 ou (14) 33543928

² Maria do Carmo G.G. Caccia-Bava (orientadora da pesquisa) – Rua Avenida Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP – Email: mcbava@fmrp.usp.br - Telefone: (16) 36022569

APÊNDICE C - TABELA DO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

Nome	Idade	Sexo	Estado civil	Cargo	Escolaridade	Tempo no cargo (meses)
A1	41	F	Solteiro	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	120
A2	29	M	Solteiro	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Superior Incompleto	11
A3	29	F	União estável	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	96
A4	29	F	Casado	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	108
A5	50	F	Divorciado/Separado	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino Fundamental Completo	14
A6	36	F	Casado	Aux. de Consultório Odontológico	Ensino Médio Completo	72
A7	35	M	Casado	Dentista	Pós Graduação	24
A8	22	F	Solteiro	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Superior Incompleto	24
A9	20	M	Solteiro	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Superior Incompleto	6
A10	27	F	Casado	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Médio Completo	24
A11	46	F	Casado	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Médio Completo	6
A12	37	F	União estável	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Médio Completo	48
A13	42	F	Divorciado/Separado	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Médio Completo	90
A14	19	F	Solteiro	Auxiliar Administrativo	Ensino Superior Incompleto	3
A15	36	F	Casado	Médico	Pós Graduação	12
A16	31	F	Casado	Enfermeiro	Pós Graduação	60
A17	27	F	Solteiro	Residente de SF	Pós Graduação	22
R1	26	F	Solteiro	Farmacêutica	Ensino Superior Completo	10
R2	31	F	Casado	Psicóloga	Ensino Superior Completo	24
R3	28	F	Casado	Terapeuta Ocupacional	Pós Graduação	26
R4	26	F	Solteiro	Fisioterapeuta	Pós Graduação	10
R5	40	F	União estável	Educador Físico	Pós Graduação	10
R6	37	F	Solteiro	Nutricionista	Pós Graduação	4
R7	44	F	Solteiro	Médico Psiquiatra	Pós Graduação	36
V1	29	F	Casado	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	96
V2	23	F	Solteiro	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	24
V3	40	F	Divorciado/Separado	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Superior Incompleto	108
V4	25	F	Solteiro	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	60
V5	27	F	Casado	Aux. de Consultório Odontológico	Ensino Médio Incompleto	24
V6	27	F	Solteiro	Enfermeiro	Pós Graduação	16
V7	30	F	Casado	Médico	Pós Graduação	72
V8	33	F	Casado	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Superior Incompleto	96

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura de
BOTUCATU
Secretaria de
S a ú d e

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho **CIÊNCIA E AUTORIZO** o desenvolvimento do projeto de pesquisa "NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em Saúde Mental?", a ser desenvolvido pela aluna Flávia Thais Ramos sob a supervisão da Profª Drª Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da USP de Ribeirão Preto, junto a esta entidade.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Botucatu, 25 de Maio de 2012.

Tania de Cássia Gasparelo
Secretária da Saúde de Botucatu

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadora: tsarden@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de setembro de 2012

Of. 417/2012

Ilustríssimo Senhor

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto São Paulo

Prezada Dr.^a Maria do Carmo,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4318-2012) "Núcleo de apoio à saúde da família (NASF): uma nova estratégia de reorganização da atenção em saúde mental", a ser conduzido por Flávia Thais Ramos, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/09/2012.

Este colegiado, no entanto, acredita na necessidade de que seja ouvido o CEP da USP-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, haja vista ser a essa Universidade a Instituição proponente do estudo.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP