ANA PAULA KLEIN

**Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo
no NASF no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Flávia Pires de
Lucas d'Oliveira.

São Paulo

2015

ANA PAULA KLEIN

**Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo
no NASF no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Flávia Pires de
Lucas d'Oliveira.

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Klein, Ana Paula

Matriciamento na atenção primária à saúde : o trabalho do psicólogo no NASF
no município de São Paulo / Ana Paula Klein. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Ana Flávia Pires de Lucas d'Oliveira.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Psicologia 3.Apoio matricial
4.Saúde mental 5.Equipe interdisciplinar de saúde 6.Saúde da família

USP/FM/DBD-379/15

Dedicatória

Aos meus pais, obrigada pela vida.

Agradecimentos

"Agradecer significa:

*Tomar o que me é dado,
Segurá-lo com respeito nas mãos,
Acolhê-lo dentro de mim,
Em meu coração,
Até que percebo internamente:
Agora é uma parte de mim.*

Agradecer é também:

*Aplicar o que me foi dado
E se tornou uma parte de mim
Numa ação que permita a outros
Alcançar também
O que me enriqueceu*

*Só então o que me foi dado
Alcança sua plenitude".*

(Bert Hellinger)

Um profundo agradecimento a Ana Flávia, orientadora sensível e cuidadosa que soube reconhecer, pontuar e separar questões e angústias pessoais dos resultados da pesquisa. Sua postura ética, de aceitação e não julgamento permeou todos os nossos encontros, permitindo uma construção conjunta do conhecimento com muito respeito ao meu tempo no processo de aprendizado e meu amadurecimento pessoal que caminhou paralelamente.

A Lilia Schraiber, pela delicadeza em suas colocações e significativas contribuições na qualificação.

A Lygia França, pelas preciosas contribuições teóricas que trouxeram novos rumos à análise.

A Mirian, pela gentileza de conferir toda a formatação da dissertação.

Aos meus pais, por acompanharem meus voos. Ao meu pai, Mário, uma admiração profunda pela sua fé e confiança na vida, e à minha mãe, Irvani, pelo carinho e empenho em estar junto.

Aos meus irmãos, pela parceria. Ao meu irmão, Fábio, por me ensinar a brincar, e à minha irmã, Juliana, por sua aceitação e lealdade.

Ao companheiro e parceiro, Rhenan, pelo carinho, cuidado e por tornar minha vida mais leve.

A todos os psicólogos e psicólogas participantes da pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas reflexões sobre a prática do próprio trabalho.

À minha equipe NASF, por todo o aprendizado nestes anos de trabalho, por todas as trocas e compartilhados que enriqueceram meu olhar e minha prática. Em especial a Cristina Prota, pelas ricas problematizações, pela disponibilidade de pensar e construir juntas, pelo incentivo à minha pesquisa e pela amizade que se desdobrou desses encontros; e a Welder Nascimento, pelas contribuições nas discussões sobre o NASF vivenciadas no cotidiano.

A todas as Equipes de Saúde da Família que apoio, pela possibilidade de vivenciar no cotidiano a construção de novas formas de atuação, pelas parcerias construídas e também pelos desencontros que propiciam desafios que nos fazem pensar e nos transformar.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por flexibilizar minhas horas de trabalho para que essa pesquisa pudesse se realizar, e à equipe de Psicologia da Atenção Primária à Saúde, pelas trocas e aprendizados.

A Juliana Pacheco, pelas contribuições e colaborações ao longo de todo o processo.

A todas amigas e amigos, pela compreensão de minhas ausências e cansaços e por todo apoio e estímulo aos meus projetos de vida.

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqNASF	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Projeto Qualificação Integral em Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

Lista de Quadros

Quadro 1	Número de equipes NASF por região	22
Quadro 2	Ações e metas propostas ao psicólogo no NASF.....	35
Quadro 3	Campo da pesquisa.....	44
Quadro 4	Característica das entrevistas	45
Quadro 5	Caracterização dos participantes	49
Quadro 6	Especializações e Pós-graduações.....	50
Quadro 7	Número de UBS e EqSF apoiadas pelas EqNASF.....	53
Quadro 8	Profissionais citados que integram as EqNASF.....	54
Quadro 9	Grupos específicos	57
Quadro 10	Grupos dos psicólogos com EqNASF.....	58
Quadro 11	Grupos dos psicólogos com a EqSF.....	59
Quadro 12	Reuniões de matriciamento	60
Quadro 13	Reunião com outros serviços de saúde e rede intersetorial.....	63
Quadro 14	Atividades externas	64

Resumo

Klein AP. *Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Com o intuito de fortalecer a Estratégia Saúde da Família e aumentar sua resolutividade, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa proposta privilegia a metodologia de trabalho do Apoio Matricial, que possibilita a troca de saberes entre diferentes profissionais. O presente estudo teve como objetivo analisar a concepção e a prática da atividade de matriciamento realizada por psicólogos que trabalham no NASF no município de São Paulo para as Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF). Foi utilizada a metodologia qualitativa e a análise dos dados foi de conteúdo do tipo temática. Foram realizadas quinze entrevistas semiestruturadas em profundidade com psicólogos que atuam em diferentes regiões do município. A troca de saberes e a capacitação apareceram como os principais significados da concepção de matriciamento. A prática revelou dificuldades, como a divisão desigual de tarefas, em que as EqSF devem se responsabilizar pela assistência direta à população enquanto o NASF ocupa o lugar daquele que capacita e supervisiona, gerando uma grande tensão sobre de quem é a responsabilidade da assistência, e assimetrias de poder dos especialistas em relação aos profissionais da EqSF. Há desvalorização do núcleo de competência em detrimento ao campo, falta de estabelecimento de parâmetros do que é comum a todos e o que é específico a cada profissional, ocasionando dificuldades de trabalho conjunto, organização do trabalho com divisão de profissionais não escolhidos de acordo com os casos e necessidades de saúde do território, falta de recursos na Atenção Primária à Saúde (APS), sobrecarregada com o excesso de demanda para o contingente de profissionais disponíveis, e uma gestão percebida pelos profissionais como fraca, fragmentada e pouco acolhedora. Apesar das dificuldades encontradas, os psicólogos contribuem com o matriciamento com uma ampliação do olhar para o reconhecimento da subjetividade implicada nos processos de saúde-doença nas dinâmicas pessoais e familiares, na identificação dos aspectos emocionais, na qualificação da escuta sem julgamento e na desmitificação de transtornos mentais. O Apoio Matricial necessita, para efetivar-se, do reconhecimento de quais aspectos dizem respeito ao campo da APS, e que são comuns a todos, e quais são as especificidades dos núcleos de competência que cabem aos profissionais do apoio se responsabilizar, propiciando encontros mais horizontais e divisão de trabalho mais democrática e colaborativa, em conjunto com a ampliação de recursos para a construção de uma APS abrangente e integral.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde, Psicologia, Apoio Matricial, Saúde Mental, Equipe interdisciplinar de saúde, Saúde da Família.

Summary

Klein AP. *Matrix support in primary health care: the psychologists working in NASF in São Paulo* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

In order to strengthen Family Health Program and increase its effectiveness, the Family Health Team Supporter (NASF) was created. This team uses the Matrix Support methods which allow the exchange of knowledge between different kinds of professional. This study aimed to analyze the establishment and practice of the mental health Matrix Support activities to the teams from the Family Health Teams (EqSF), which was conducted by psychologists working in the NASF in the city São Paulo in Brazil. Qualitative methodology was used, and content analysis was done in thematic style. Fifteen semi-structured interviews were conducted with psychologists who work in different regions of the city of São Paulo. The exchange of knowledge and training appeared as the main takeaways regarding the concept of Matrix Support. The practice revealed a number of difficulties. There was a significant tension over who was responsible for the assistance, teamwork difficulties, imbalance of power between specialists and Family Health professionals, unequal division of labor. With respect to this last point, EqSF is responsible for direct assistance to the population with NASF being responsible for training and supervision. Additionally, another difficulty was that the organizing of work was not chosen according to the regional health needs and specific cases in that territory. Next, there was devaluation of the core knowledge over the field. There were a failure to establish parameters of what knowledge and practice is common to all, and what is specific to each professional. Lack of resources overburdened the primary health care (APS) with an excess of demand for the contingent of professionals available. In addition, the study identified a weak and poorly coordinated management. Despite the difficulties encountered, psychologists contributed to the Matrix Support with an amplified vision of the following: recognition of subjectivity implied in the process of health and sickness, intrapersonal and family dynamics, identification of emotional aspects, importance of listening without judgment and decrease stigma of mental disorders. To be effective, Matrix Support needs to recognize which aspects concern the field of APS that are common to all and which are the specific competencies under the responsibility of the cores team of the support professionals, contributing to more horizontal encounters and a more democratic and collaborative division of labour, in addition to the expansion of resources to build a comprehensive and integral APS.

DESCRIPTORS: Primary Health Care, Psychology, Matrix Support, Mental Health, Interdisciplinary Health Team, Family Health.

Apresentação

Do desejo à implantação...

Famílias e ações comunitárias eram duas temáticas de extremo interesse e relevância em minha trajetória profissional. A possibilidade de unir esses dois campos trabalhando como psicóloga me contaminou de idealismo e esperança em de fato contribuir com intervenções diferenciadas e ampliadas.

Ao me inserir em uma equipe de trabalho de uma ONG que atuava com ações de *Cultura de Paz*, tive a oportunidade de me aproximar do Programa Saúde da Família (PSF) em 2006, por meio de oficinas de capacitação com essa temática. Encantada com as ações do PSF, transformado nesse mesmo ano em Estratégia Saúde da Família (ESF), fui, sem perceber, desejando esse lugar.

Em 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) torna meu desejo real. O psicólogo é incluído como uns dos profissionais que vão compor esse núcleo e minha inserção como psicóloga se torna algo possível.

Início, junto com minha equipe e muitas outras em São Paulo (e no Brasil), o processo de implantação do NASF. Dúvidas e incertezas sobre como essa equipe iria funcionar eram, na verdade, as certezas que tínhamos: ninguém sabia como seria a organização dessa nova proposta de atenção à saúde e, em São Paulo, diferentes Organizações Sociais de Saúde (OSS) e suas respectivas equipes inauguraram esse processo de construção.

Ao ser contratada, descubro que não iria trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas, sim, em cinco UBS, pois minha equipe seria volante. *"Nossa, como será isso?"*. Minha equipe nesse momento era composta de seis profissionais. E fomos então visitar as unidades. As equipes de Saúde da Família (EqSF) nada sabiam sobre o programa, sobre o apoio que iriam receber, e percebemos que uma certa paranoia se instaurou entre elas: *"Será que seremos avaliados/fiscalizados? Estão aqui para nos supervisionar?"*. E fomos aos poucos nos apresentando e explicando que trabalharíamos com a organização do Apoio Matricial. *"Mas, afinal, o que é isso?"*. Ao falarmos sobre matriciamento, um grande ponto de interrogação se apresentava na face de todos

aqueles profissionais, que foram pegos de surpresa com a apresentação da equipe de especialistas que iria trabalhar como apoio da ESF.

Passado o susto, veio então a alegria de entender que finalmente há especialistas na Atenção Primária à Saúde (APS) dispostos e disponíveis para os profissionais poderem encaminhar seus pacientes!!! E, então, a tensão se inicia... *"Não, não vamos atender, vamos matricular."* - dizíamos... - *"Como???"* - as equipes questionavam... Logo, nós, que também não entendíamos direito o que era matricular, discursávamos sobre as leituras que havíamos feito dos textos de Campos (1999), Cartilha de Humanização e outros..., mas não convencíamos e não tínhamos muito claro o que isso significaria no cotidiano do trabalho.

A demanda reprimida para as especialidades que se apresentavam como apoio era correspondente ao tamanho da ansiedade que os profissionais da ESF tinham em querer que atendêssemos. Justo. Muito justo. Se eu trabalhasse na APS e estivesse sem acesso às especialidades também desejaria encaminhar os pacientes. Mas o NASF chegou com o discurso *"não, não atendemos, matriciamos"*. Contexto o qual justificou uma nova tradução para a sigla NASF, claro que em um belo tom de gozação: *Núcleo de Apoio sem Função...*

Foi iniciado um processo de construção conjunta do que seria então o trabalho real do NASF. Alguns profissionais do NASF, que seguiam à risca as orientações, só atendiam se o processo fosse compartilhado com o profissional da ESF; outros, mais flexíveis, e com a crença de que assim poderiam criar vínculo com as equipes, atendiam sozinhos, pois nesse momento ainda não havia compreensão clara da própria proposta do NASF. E, entre tentativas e erros, foram construindo arranjos.

O município de São Paulo teve a oportunidade de experimentar o arranjo do Apoio Matricial às equipes de ESF desde 1998, por meio do Programa QUALIS, que atuou por dez anos (entre 1998 e 2008). As duas equipes de saúde mental que existiam se organizavam em duplas de referência com a especificidade de serem só profissionais de saúde mental discutindo casos de saúde mental. Na proposta do NASF, esse núcleo ampliou as profissões que prestariam apoio e novos desafios foram lançados: *"Como trabalhar com tanta heterogeneidade? Como dar apoio em uma discussão de caso de uma categoria que não está presente na dupla de referência?"*.

O modelo de duplas de referência influenciou a organização da maioria das equipes no município. Iniciamos dessa forma também nas reuniões para discussão de casos, chamadas então de reunião de matriciamento. Em paralelo, nossa gestão propôs que nos dividíssemos entre as UBS, para que todos os dias houvesse um profissional de NASF presente. Fizemos uma agenda louca, isso mesmo, louca! Arranjar os profissionais, com suas diferentes cargas horárias, com as diferentes UBS e horários de reunião era quase insano... Não demorou muito para vermos o quanto isso era descabido e, com a troca do gestor, pudemos fazer mudanças. Decidimos que iríamos juntos às reuniões de matriciamento (todos os profissionais que trabalham no horário) e que, ao irmos à UBS, passaríamos o dia todo lá, para não perdermos tempo com deslocamentos, visto que também vivenciamos o obstáculo de as UBS serem distantes umas das outras.

Fizemos uma organização quinzenal de ida às UBS em diferentes dias, de acordo com o número de EqSF em cada Unidade. Garantimos horários de reuniões de matriciamento com todas as equipes para discutirmos os casos e pensarmos juntos as formas de intervenção, que poderiam ser: atendimentos individuais ou compartilhados, visitas domiciliares e em grupos, entre outras. Claro que a desconfiança inicial não havia sido esgotada; uma equipe, por exemplo, demorou um ano para aceitar nossa entrada em sua reunião, que foi possibilitada pela construção do vínculo no cotidiano do trabalho.

Da implantação à inquietação...

Passado o período inicial de ajustes de agendas, aceitação da equipe de apoio e organização do trabalho, a tarefa concreta de matricular começa a ser solicitada. *"O que de fato é matricular?"*. Diferentes concepções, compreensões e expectativas são apresentadas pelos profissionais tanto da equipe NASF como das equipes de ESF. Confusões sobre o que esperar da equipe de apoio, qual o papel de cada equipe no processo, qual a tarefa de cada profissional são vivenciadas no cotidiano.

A lógica do encaminhamento para os níveis secundário e terciário parecia estar tão arraigada nos profissionais que a ideia de que, a partir de agora, seríamos nós que daríamos conta do trabalho, e que faríamos isso juntos, parecia muitas vezes utópica. A ESF, com metas altíssimas de produção e um número grande de famílias cadastradas,

agora passa a ser responsável também pela administração dos casos em conjunto com o NASF. Diferentes formas de organização de planilhas, cadernos e fichas são testadas. Avanços na relação entre as equipes são feitos, mas as dificuldades de manejo dessa organização escancaram buracos no processo.

Angústias, inquietações, dúvidas, incômodos e muito sofrimento com o cotidiano do trabalho me mobilizam a estudar essa nova prática. A dificuldade de reconhecer o meu papel e encontrar o meu lugar como matriciadora e, em especial, matriciadora de demandas psicológicas/saúde mental, é o que me motiva na busca de respostas e diretrizes.

Em virtude do duplo lugar que o programa propõe aos matriciadores, prestar apoio técnico pedagógico e, simultaneamente, apoio assistencial, surge uma dúvida central: *“Qual seria o objetivo: capacitar os profissionais para serem “especialistas” ou prestar assistência à população?”*. Apesar de a Portaria ministerial e as diretrizes do programa afirmarem que esses objetivos são simultâneos, na prática essa dupla missão confunde a tarefa do profissional, que muitas vezes precisa escolher um caminho, ainda que diverso para cada caso ou equipe.

No campo da saúde mental, em particular na área da psicologia, as dúvidas são enormes: *“Como matricular um profissional que não vem do campo ‘psi’ a ampliar o seu olhar para esse campo? Desejo que ele se torne um psicólogo? Ou desejo simplesmente que ele reconheça a subjetividade? Desejo o quê, afinal?”*.

Os conflitos e as angústias da prática do trabalho me convidam a um caminho solitário de busca de referenciais teóricos que se aproximam dessa proposta e à ousadia de articular essas referências para a construção de um corpo teórico e empírico que possa vir a contribuir para a prática dos profissionais que atuam nos NASF.

*Da angústia e do desejo de construir uma prática competente,
nasce este projeto de pesquisa...*

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Quadros

Resumo

Summary

Apresentação

Do desejo à implantação

Da implantação à inquietação

INTRODUÇÃO 1

Capítulo I. Atenção Primária à Saúde (APS) e

Estratégia Saúde da Família (ESF) 3

Capítulo II. Apoio Matricial / Matriciamento 7

1. APS e Apoio Matricial 7

2. Saúde Mental e Apoio Matricial à APS 11

3. Experiências Internacionais 14

Capítulo III. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 17

1. Ferramentas tecnológicas / Instrumentos de trabalho do NASF 18

2. Ações preconizadas de Saúde Mental 19

3. Experiências de NASF 23

4. Trabalho em equipe 25

Capítulo IV. O psicólogo e seus lugares 27

1. Saúde Mental na APS: o lugar do psicólogo.....27

2. O psicólogo no matriciamento 31

3. O psicólogo no NASF 33

OBJETIVOS 38

1. Objetivos Gerais 38

2. Objetivos Específicos 38

MATERIAL E MÉTODO 39

1. Participantes da pesquisa 40

2. Considerações éticas 41

3. Instrumento da pesquisa: O roteiro de entrevista.....42

4. Local da pesquisa 43

5. Trabalho de campo.....	44
6. Percursos da análise	46
ANÁLISE E DISCUSSÃO	48
1. Caracterização dos participantes	48
2. Organização do trabalho	52
2.1. UBS e EqSF apoiadas	53
2.2. Composição da EqNASF	54
2.3. Semana típica de trabalho	55
2.3.1. Assistência individual: específica e compartilhada	56
2.3.2. Grupos: específicos e compartilhados	57
2.3.3. Reuniões de matriciamento.....	59
2.3.4. Reunião EqNASF	62
2.3.5. Educação permanente	63
2.3.6. Ações intersetoriais e reuniões com outros serviços	63
2.3.7. Atividades externas.....	64
3. Concepção de matriciamento	65
3.1. Troca de saber	65
3.2. Capacitação e supervisão	68
4. Práticas de matriciamento	73
4.1. Organização do trabalho da EqNASF.....	73
4.1.1. Gestão	82
4.2. Tensões da prática: o cabo de força da assistência específica	87
4.3. Trocas e capacitação: contribuições do psicólogo ao campo da APS	99
4.4. Dificuldades da integração e o desafio da clínica psicológica no NASF	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
ANEXO I. Aprovação dos comitês de ética em pesquisa.....	121
ANEXO II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
ANEXO III. Roteiro de entrevista	126
REFERÊNCIAS	128

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) torna-se, progressivamente, a principal estratégia para organização da Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente com 60,56% de cobertura no território nacional, segundo o Departamento de Atenção Básica (Brasil, 2015), e 45% de cobertura no município de São Paulo (São Paulo, 2015).

Com o intuito de fortalecer e ampliar as ações da APS, aumentar sua resolutividade e abrangência, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008b).

A intenção central da criação de um núcleo de apoio é proporcionar a aproximação de especialistas ao campo da APS, desconstruindo a lógica do encaminhamento, que promove ações desarticuladas com condutas paralelas de profissões e serviços que não dialogam. Essa proposta trouxe em seu bojo ferramentas de trabalho para a rede assistencial. O Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular foram incorporados rapidamente no discurso do cotidiano de trabalho dos profissionais, mas sua tradução, efetivação e prática não são imediatas e foram pouco estudadas. Apesar de essas propostas terem sido implantadas em outras experiências brasileiras (Brasil 2003; Brasil 2004b; Brasil 2004c), é a criação do NASF que efetiva a metodologia de atuação.

O Apoio Matricial foi preconizado por Campos (1999), entretanto, encontramos algumas experiências no Brasil desde 1990 (Casé, 2000; Pinto et al., 2012; Moraes e Tanaka, 2012; Lancetti, 2000). A questão da incorporação da saúde mental na APS também aparece nas experiências internacionais com o apoio colaborativo e compartilhado (*collaborative care e shared care*) (Kates et al., 2011; Gagné, 2005; Shippee et al., 2013). Todavia, esses modelos podem se organizar de diferentes formas: com ambulatórios especializados de saúde mental (ou nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), que se relacionam com a APS, com equipes de saúde mental na própria APS ou com o NASF. Na proposta do NASF, os especialistas não pertencem a um serviço especializado, tampouco pertencem à ESF; os profissionais discutem casos com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e propõem ações compartilhadas na própria APS, mas geralmente sem assumir a assistência sozinhos.

As experiências de Apoio Matricial, *collaborative care* e *shared care*, em sua maioria, são propostas de apoio voltadas para casos de saúde mental, mostrando a importância desse campo de conhecimento nas origens do matriciamento. Nesse contexto, a psicologia é convidada a experimentar novas possibilidades de intervenção com ações compartilhadas, de promoção e territorialização, distanciando-se da lógica individualista que permeou a construção desse saber.

Em virtude da falta de compreensão teórica e técnica sobre o Apoio Matricial, e às dificuldades de compor o trabalho em equipe com diferentes profissões para atuar sobre os casos e a população, diversas práticas surgiram concomitantemente com seus desafios, obstáculos e conflitos. Pela importância que adquire o NASF na reorganização da APS no Brasil, consideramos de extrema relevância problematizar as concepções sobre Apoio Matricial/matriciamento e as práticas desenvolvidas pelos profissionais a fim de identificarmos quais são as implicações para o cuidado da população, o acesso aos especialistas e a qualidade da APS.

Por ser uma metodologia de organização de trabalho em saúde relativamente recente, há pouca literatura sobre essa prática de atuação. Esta pesquisa visa, portanto, investigar quais as concepções de matriciamento de psicólogos atuantes em equipes de NASF, como realizam a prática do matriciamento e como identificam quais tarefas são comuns a todos (do campo da APS) e quais tarefas são específicas de seu núcleo de competência.

O NASF foi preconizado para dar retaguarda à APS, porém, com a escassa rede secundária, percebemos que o núcleo ocupa um lugar ambíguo, em que é uma equipe de apoio e, ao mesmo tempo, a referência especializada do território assistido. Essa dupla função, juntamente com a dupla tarefa de prestar apoio técnico-assistencial e técnico-pedagógico (Brasil, 2009), é problemática que surge no cotidiano de trabalho e que necessita de um olhar aprofundado para compreensão de suas possibilidades, obstáculos e impactos à assistência à saúde.

CAPÍTULO I. Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

A APS, organizada com o objetivo de propiciar saúde para todos de forma igualitária, preventiva e coletiva, permitindo um maior e mais efetivo acesso da população aos sistemas de saúde, nasce baseada no modelo de organização do sistema de saúde proposto por Lord Dawson, em 1920, na Grã-Bretanha, que dividiu os serviços de saúde em três níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escolas (Starfield, 2002).

Com a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a APS assume maior relevância na atenção à saúde em todo o mundo, sendo vista como uma estratégia para alcançar a “saúde para todos” (Alma-Ata, 1978).

No entanto, há diferentes concepções e implementações concretas da APS. Nos países europeus, a APS foi compreendida como o serviço de primeiro contato, não especializado, de acesso universal, enquanto nos países periféricos foi muitas vezes compreendida e implementada de forma seletiva, com programas que visavam cobrir necessidades de grupos populacionais de extrema pobreza, com poucos recursos tecnológicos e sem a possibilidade de acesso aos outros níveis de saúde (Giovanella e Mendonça, 2012).

Uma das características centrais da APS é ser a porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde. Suas ações devem ser voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, considerando o meio social e físico da população, em contraposição ao enfoque reducionista da enfermidade individual (Starfield, 2002).

Starfield (2002) esclarece:

“Ou seja, o estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem no nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade.” (Starfield, 2002; p.21).

A APS é responsável pelo cuidado do indivíduo como um todo, e não apenas pelo cuidado de sua doença (no Brasil, a APS também é responsável pelo cuidado do

território e da comunidade), sendo sua atribuição a integração e a coordenação das diferentes necessidades e/ou cuidados especializados. Suas ações são a base do sistema de saúde, e abordam, além das ações de promoção e prevenção, a cura e a reabilitação, proporcionando uma organização e uma racionalização dos recursos (Starfield, 2002).

O enfoque na prevenção de doenças e promoção à saúde amplia a compreensão de que os fenômenos saúde-doença estão implicados no contexto social em que comportamentos, cultura de classe e significados do adoecimento serão determinantes (Spink, 2007).

Segundo Testa (1992), a APS necessita, para funcionar adequadamente, de um sistema de saúde organizado, suficiente e integrado. Nos países em que isso não acontece, a APS se transforma em “*atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria*” (p.162) para a população de baixa renda. O autor ressalta a crítica pontuando que, nos países em que não há regionalização e uma rede de referência adequada, a APS não é apenas a porta de entrada, mas a única porta possível, o único serviço a que essa população terá acesso. Ressalta ainda que, em muitos casos, os profissionais que atuam nesse nível de atenção à saúde não têm a capacitação necessária para responder às complexidades do nível primário, precarizando a assistência oferecida à população (Testa, 1992).

A APS trabalha com casos de alta complexidade, apesar de ser muitas vezes compreendida como simples. Isso se dá porque, apesar de cuidar, na sua grande maioria, de patologias prevalentes e simples na perspectiva de diagnóstico e do tratamento médico, aborda situações, usuários, famílias e comunidades de grande complexidade, com doenças crônicas, interconectadas com problemas sociais, culturais e locais, que desafiam a equipe a encontrar maneiras criativas e efetivas de cuidado. Portanto, os profissionais da APS precisam de muita formação, pois a APS é uma especialidade do que é geral, mais prevalente e mais comum.

No Brasil, com o fim da ditadura militar, a luta para garantir a saúde como um direito social conquistou um marco decisivo para a reorganização do sistema de saúde brasileiro: a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei nº 8080.

O SUS baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade, participação social, equidade e descentralização e estabelece que serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Nessa organização o sistema está dividido em

APS, Atenção Secundária e Atenção Terciária, sendo a APS o centro do modelo assistencial. Não apenas uma porta de entrada, a APS é o primeiro contato do usuário com o sistema, mas também um nível resolutivo próprio.

Na década de 80, com o intuito de dar cobertura a populações específicas, são realizadas experiências com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais têm a incumbência de ser um elo entre os serviços de saúde e a comunidade (Morosini et al., 2007). Essas experiências, porém, inicialmente reproduziram o caráter restrito da APS, com ações específicas para populações selecionadas por estarem excluídas do sistema, em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e com baixa capacidade de continuidade e acesso aos níveis de atenção secundário e terciário (Giovanella e Mendonça, 2012).

Na década de 90, mantém-se o investimento em programas de ações básicas e formula-se o Programa Saúde da Família (PSF). A proposta central é o acompanhamento longitudinal com foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças e em agravos, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde da comunidade (Brasil, 1997a). A construção de vínculo com as pessoas cadastradas no programa torna-se prioridade para o trabalho da equipe. A EqSF é composta de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (Brasil, 1997b). Cada equipe se responsabiliza por cuidar de um território delimitado com um número definido de famílias. O ACS e o foco na comunidade tornam-se um diferencial dessa proposta.

O investimento no PSF propicia a consolidação do SUS, uma vez que busca promover articulação entre a comunidade e os serviços de saúde (considerando as necessidades de saúde da população), atua na esfera da universalidade e equidade, permitindo o acesso de grupos excluídos, e propõe ações de promoção à saúde. Entretanto, as características da APS seletiva são conservadas, pois o programa tinha como foco populações muito pobres, com cesta restrita de serviços e pouca articulação com outros níveis de atenção (Giovanella e Mendonça, 2012).

Apesar de todo o esforço para a construção dos cuidados de saúde integral, o SUS não foi implantado completamente e segue com problemas de subfinanciamento e falta de recursos.

Visando ampliar a APS para um caráter mais abrangente, o Brasil aprova a Política Nacional de Atenção Básica¹ (PNAB), em 2006, que propõe a reorganização da Atenção Básica² para a saúde da família, a qual se torna estratégia prioritária da APS - Estratégia Saúde da Família (ESF) -, bem como define seus fundamentos e ações (Brasil, 2006).

Em janeiro de 2008, a fim de requalificar e ampliar as atuações desenvolvidas pela ESF, buscando amplificar sua resolutividade, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³ (Brasil, 2008b), o qual será detalhado no capítulo III.

---

¹ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006).

² O termo Atenção Básica será utilizado nesta pesquisa como equivalente ao termo Atenção Primária à Saúde (APS).

³ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008b).

CAPÍTULO II. Apoio Matricial / Matriciamento

1. APS e Apoio Matricial

A organização em Estrutura Matricial nasceu baseada em propostas da área da administração. Com a finalidade de promover alto grau de especialização, aliado ao máximo de eficiência nas operações por causa da sofisticação das indústrias e da aceleração do desenvolvimento, a indústria aeroespacial elaborou a Estrutura Matricial, que propõe o trabalho por projetos. Nessa proposta, a intenção é que os profissionais atuem por projeto específico, de acordo com as necessidades, por um tempo determinado, de forma não hierarquizada, sob coordenação de um gerente (Lodi, 1970; Motta, 1995).

Ao término do projeto, as pessoas envolvidas retornam aos respectivos departamentos, desenvolvem atividades preestabelecidas e aguardam novo projeto para executar. A organização matricial propõe um modelo em que os profissionais dos departamentos serão recrutados por projetos, formarão uma força-tarefa temporária e provisória, de acordo com o cronograma e o contrato estabelecido, construindo, portanto, uma relação de apoio (Lodi, 1970).

A organização departamental é vertical e com setores fixos, nos quais cada departamento faz um trabalho, ou uma parte do trabalho, e a soma, ou a sequência dessas partes, resulta no produto final. Já a organização matricial existe por tarefa, é um organismo dinâmico, há otimização dos recursos, e os profissionais são recrutados para desempenhar diferentes papéis, de acordo com suas especializações e habilidades para o empreendimento, proporcionando flexibilização e maior interação entre os diferentes níveis de conhecimento (Gallucci, 2004).

Com o intuito de transformar a lógica vertical e a centralização das tomadas de decisão nos processos de trabalho que tendem a gerar alienação e descompromisso dos trabalhadores da saúde em relação à população atendida, Campos (1999) sugere um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde que se propõe horizontal e compartilhado. *"Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde."* (p.395)

As equipes de referência, responsáveis por um território adscrito na APS, teriam como retaguarda o apoio de equipes matriciais de acordo com as especialidades necessárias, promovendo uma transformação da tradicional lógica de referência e contrarreferência que atua de forma fragmentada (Campos, 1999).

Os apoiadores matriciais são especialistas que poderiam ser acionados quando a equipe de referência sentisse necessidade. O projeto conjunto passa a ser a construção de um projeto terapêutico para uma pessoa, família ou comunidade.

A ideia de atuação por projetos cria equipes provisórias e temporárias para executar determinadas tarefas. A proposta de Campos (1999), de as equipes de referência da APS formarem equipes de especialistas na retaguarda, propicia que haja um fluxo de interação contínuo, porém não fixo e rígido, pois é a APS que coordenará o projeto terapêutico pelo tempo que considerar necessário e será responsável por sua continuidade. Ao terminar a intervenção do caso/família/comunidade, a equipe formada se desfaz, abrindo espaço para um novo arranjo com as outras demandas que poderão surgir de próximos casos.

Portanto, o Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, propõe disponibilizar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico pedagógico às equipes de referência da APS. Esse apoio pode ser estabelecido mediante encontros periódicos e regulares entre ambas as equipes. A ideia central é que a equipe de referência se responsabilize pelos casos acompanhados, a fim de ampliar o olhar sobre os problemas de saúde, intensificar o vínculo com o paciente, garantir a longitudinalidade do cuidado e evitar o repasse de responsabilidades (Campos e Domitti, 2007).

As diretrizes nacionais (Brasil, 2009) para o desenvolvimento do Apoio Matricial enfatizam a relação pedagógica do apoio dos especialistas às EqSF, entretanto, a própria APS não é considerada uma especialidade em si. Os especialistas são pessoas de diferentes profissões que auxiliarão as EqSF a aumentar sua capacidade resolutiva, mas a corresponsabilização mostra um viés em que os profissionais das EqSF são os que precisam aprender, e os profissionais considerados especialistas são os que ensinarão. No entanto, Campos e Domitti (2007) compreendem que a troca de saber pode justamente proporcionar que o conhecimento do especialista deixe de ser imposto

vertical e hierarquicamente, e que o cuidado, antes fragmentado baseado na autoridade do especialista, se transforme em procedimentos dialógicos.

Para deixar mais evidente essa forma de organização, podemos citar um exemplo prático. A equipe de referência solicita apoio para a discussão de um caso: um senhor de 70 anos, após uma queda, não consegue andar, apresenta sintomas de depressão e escassez de recursos financeiros para seu sustento. A partir da apresentação do caso, é feito um diagnóstico da situação desse senhor, os saberes necessários para a assistência no caso são definidos, e são discutidas em conjunto propostas de intervenção. Pode-se definir, por exemplo, que um fisioterapeuta, um psicólogo e um assistente social intervirão no projeto. Após o cuidado e a resolução do caso, a equipe responsável se desfaz, a equipe de referência da APS mantém o acompanhamento longitudinal e, ao surgir demanda ou outro caso, nova equipe de apoio pode ser montada.

Outro aspecto importante pontuado por Campos et al. (1997) para a potencialização dessa nova organização de trabalho é a compreensão do *campo de competência* e do *núcleo de competência*. O campo de competência refere-se a um campo de saber e prática ampliado, que interage com diferentes profissões ou especialidades de uma profissão, com limites imprecisos de atuação. Já o núcleo de competência refere-se às especificidades e atribuições de uma especialidade/profissão, demarcando uma identidade do saber e da prática profissional (Campos et al., 1997; Campos, 2000).

Segundo Campos (1999), desde 1990 há experiências de equipes de referência implantadas em serviços de Campinas, no interior de São Paulo, e no interior de Minas Gerais seguindo essas novas diretrizes organizacionais. É em 1999, porém, que o autor define teoricamente a metodologia do Apoio Matricial. Essa proposta de gestão do cuidado é adotada pela Secretaria de Saúde de Campinas em 2001, em serviços de saúde mental, APS e hospitais (Domitti, 2006).

Nos documentos do Ministério da Saúde, a proposta do Apoio Matricial é preconizada desde 2003 em circulares, Portarias e manuais. Inicialmente em documentos focados em ações de saúde mental, depois em materiais da Política de Humanização (HumanizaSUS) e, em seguida, para Qualificação da Atenção Básica (Brasil 2003, Brasil 2004b, Brasil 2004c, Brasil 2008a, Brasil 2008b).

É importante identificarmos que o arranjo de Apoio Matricial proposto por Campos (1999) foi pensado para a qualificação da APS tendo como diretriz a consolidação da Reforma Sanitária. Esse apoio foi experimentado em Campinas, inicialmente em dois serviços de saúde mental, e ampliado para outras áreas, como reabilitação física, dermatologia e traumatologia (Cunha e Campos, 2011).

A proposta de organização matricial não exclui a necessidade de uma rede secundária e terciária de atenção à saúde, mas é dependente de uma boa organização da rede, já que, eventualmente, encaminhamentos serão necessários. A proposta central é otimizar e potencializar as ações da APS articulada aos outros níveis de atenção.

Campos e Domitti (2007) avaliam que há muitos obstáculos para o desenvolvimento dessa nova organização. O excesso de demanda e a carência de recursos são colocados como entrave, uma vez que as equipes de referência são responsáveis por um grande número de equipes a serem apoiadas. Dificuldade também verificada por Vannucchi (2011) em pesquisa realizada sobre a atuação do psiquiatra na APS. A autora acrescenta a dificuldade da formação como um fator determinante, tendo em vista que os psiquiatras não dominam a técnica do Apoio Matricial para incorporá-la no seu trabalho diário.

O obstáculo político é citado pela necessidade do estabelecimento de cogestão e de uma democracia institucional para que o modelo matricial funcione, considerando a cultura de organizações hierárquicas com excesso de controle (Campos e Domitti, 2007).

Já no aspecto subjetivo e cultural, os autores Campos e Domitti (2007) destacam a subjetividade implicada no processo do trabalho interdisciplinar, em que aspectos de ordem pessoal podem interferir na construção do trabalho conjunto, uma vez que inseguranças ou o excesso de identificação com seu núcleo de saber podem dificultar a troca.

O obstáculo ético levanta um questionamento sobre a circulação de informações a respeito dos casos discutidos em equipes interdisciplinares (Campos e Domitti, 2007). A confidencialidade das informações sobre o usuário, que a equipe deve resguardar, chama atenção nesse processo de trabalho em que as reuniões de matriciamento tornam-se lugar privilegiado e central para a "passagem dos casos" e a participação de um grande número de profissionais torna difícil a administração da confidencialidade.

Contudo, a proposta do Apoio Matricial se pauta em uma cultura democrática na organização dos serviços, valorizando os diferentes saberes a serem incorporados nas práticas cotidianas para superar a fragmentação dos cuidados em saúde e a desresponsabilização assistencial (Cunha e Campos, 2011).

2. Saúde Mental e Apoio Matricial à APS

Em paralelo à organização dos serviços no campo da Saúde Coletiva, ações de saúde mental, a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, geraram diferentes experiências municipais, as quais utilizaram a metodologia de trabalho de equipes de referência e equipes de apoio em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no fim da década de 70, com a luta pela desconstrução dos manicômios e investimentos em novas formas de cuidado do sofrimento mental. Foi criada uma rede substitutiva com serviços, estratégias e dispositivos em contraposição à lógica institucional e ideológica vigente (Amarante, 2012).

A Reforma Psiquiátrica investiu na desinstitucionalização e na criação de equipamentos substitutivos para pacientes graves e persistentes, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), leitos em hospitais gerais e residências terapêuticas. O sofrimento mental considerado não grave e persistente não foi pensado naquele momento, pois não era a questão central. Entretanto, a necessidade de inserir os cuidados em saúde mental na APS, para os casos leves e moderados, tornou-se relevante com a grande demanda de sofrimento psíquico e experiências para a qualificação desse cuidado que surgiram em diferentes regiões do Brasil.

Em 1998, o município de São Paulo pode experimentar a construção de um programa de saúde mental para o Projeto Qualificação Integral em Família (QUALIS)⁴. Sob a coordenação de Antonio Lancetti, um grupo volante de psicólogas e uma assistente social foram a campo com a intenção de atuar nos casos de saúde mental (das equipes de PSF). A equipe iniciou o trabalho com uma capacitação aos ACS e com

---

⁴ Em virtude de a gestão municipal do período não aderir ao SUS e implantar o PAS, o município de São Paulo teve o processo de implantação do PSF administrado pelo Estado de São Paulo, sob o nome Projeto de Qualidade Integral em Família, que apresentava os mesmos moldes do PSF, porém com algumas diferenças (Capistrano Filho, 1999).

discussões dos casos em que a equipe iria intervir (Lancetti, 2000). A experiência do QUALIS tinha como objetivo ampliar a escuta dos profissionais do PSF para as necessidades em saúde mental e construir novos dispositivos que pudessem ajudar as famílias. A equipe de apoio era composta apenas de profissionais da saúde mental, tinha por princípio evitar a cronicidade da doença mental e a institucionalização (Gonçalves, 2000). Sem a utilização do termo Apoio Matricial, as equipes volantes atuaram no município de São Paulo buscando novas formas de gestão do cuidado.

Outra experiência positiva da proposta de atuação conjunta entre equipe de saúde mental e PSF foi realizada em Camaragibe, de 1997 a 2000. Inicialmente, a equipe de saúde mental realizou oficinas com as equipes de PSF, tendo como desdobramento um monitoramento dos casos de saúde mental por meio de reuniões mensais para discussões de casos, intervenções, como interconsultas, visitas domiciliares, grupos com a comunidade, capacitação para manejo de grupo e administração de psicofármacos (Casé, 2000).

Segundo Casé (2000), as dificuldades encontradas nesse processo foram: pouco conhecimento das equipes de PSF sobre saúde mental; expectativa das equipes de serem apoiadas nas próprias angústias; resistência de alguns profissionais em discutir saúde mental, por considerarem aumento do trabalho; equipe de saúde mental insuficiente para a demanda; e falta de recursos financeiros para as atividades e deslocamento entre os serviços da equipe volante. Apesar dos obstáculos, porém, os resultados se mostraram positivos, como maior apropriação dos casos de saúde mental pela equipe de PSF, diminuição dos atendimentos na emergência e maior conhecimento da comunidade acerca dos serviços de saúde mental.

No mesmo caminho, Pinto et al. (2012) avaliaram a articulação das ações de saúde mental entre a ESF e o CAPS, a partir do matriciamento em dois municípios do Ceará, e identificaram que essa organização de trabalho possibilita práticas inovadoras em saúde mental, um estreitamento do laço entre os dois serviços e uma ampliação do trabalho multidisciplinar.

Também em Fortaleza, no Estado do Ceará, Moraes e Tanaka (2012), em pesquisa sobre avaliação dos alcances e limites da implementação do Apoio Matricial em saúde mental na APS, observaram a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental dos usuários que não eram acompanhados pela ESF antes do matriciamento.

Verificaram, porém, que o acesso não garante o cuidado integral das necessidades de saúde do indivíduo, bem como o acesso restrito aos profissionais que realizam o apoio.

Os autores Moraes e Tanaka (2012) observaram que essas intervenções realizadas de forma pontual fragilizam a integralidade da atenção em saúde mental, tornando o apoio uma atividade especializada na APS. Contudo, apesar dos limites das intervenções da equipe de Apoio Matricial, da falta de acesso aos outros níveis de atenção e da incipiente disponibilidade dos profissionais da ESF em ampliar sua atuação para ações em saúde mental, concluem seu estudo com uma avaliação positiva, pois a sensibilização aos primeiros cuidados em saúde mental na APS e a aceitação dos profissionais avançaram.

Já em Sobral, a experiência do matriciamento iniciou especificamente com a psiquiatria. Após o fechamento de hospitais psiquiátricos e uma mudança na rede de saúde mental, alguns psiquiatras passaram a ir às unidades de APS principalmente por conta da Residência em Saúde da Família. Observou-se que, após um período, as Unidades de Saúde que tinham o apoio dessa especialidade passaram a absorver os casos pertinentes à APS e a fazer encaminhamentos mais adequados para a rede secundária. Aos poucos, o modelo foi se ampliando e incluindo outros profissionais, integrando melhor a saúde mental com a ESF (Tófoli e Fortes, 2005/2007).

Em pesquisa multicêntrica realizada em quatro grandes cidades brasileiras, Gonçalves (2012) avaliou o impacto de um treinamento para o reconhecimento de transtornos mentais por profissionais da APS e identificou que a capacitação, isolada de transformações na gestão do cuidado e de um suporte contínuo, não promoveu mudança de comportamento dos profissionais nos cuidados primários, mostrando-se ineficaz.

As diferentes experiências mostram que há situações de sucesso na interação entre profissionais de APS e de saúde mental, mas são ainda experiências muito tímidas para gerar uma transformação da gestão do cuidado em saúde e uma ampliação do olhar dos profissionais. As dificuldades relatadas parecem ser entraves significativos que inibem a integralidade do cuidado e apontam a necessidade de investimentos na articulação em rede.

No entanto, existem casos que são pertinentes à APS, mas que não conseguem atendimento resolutivo apenas pela equipe de referência, seja por falta de saber específico, seja por questão de agenda/tempo. Nesses casos, que englobam sofrimentos

mentais comuns e muito prevalentes, há que construir-se uma modalidade de cuidado que contemple a saúde mental na APS.

Identificamos diferenças na utilização do Apoio Matricial nas experiências citadas. Há duas vertentes em relação aos objetivos da utilização dessa metodologia de cuidado: 1) Apoio Matricial como ferramenta para reorganização dos serviços, tendo como diretriz a Reforma Sanitária, com o intuito de promover cogestão e cuidado compartilhado (Campos, 1999; Cunha e Campos, 2011); e 2) Apoio Matricial como ferramenta para sensibilizar os profissionais aos cuidados em saúde mental a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Em ambas as situações, a proposta se dirige aos profissionais da APS, porém, os apoiadores que têm a Reforma Sanitária como referência buscam promover maior autonomia dos profissionais, melhora do vínculo com os pacientes e território e integração de diferentes profissões na APS, incluindo a ampliação do olhar para outros cuidados além da saúde mental. Já os apoiadores que têm a Reforma Psiquiátrica como diretriz, desejam, prioritariamente, que a APS seja mais sensível à saúde mental e que inclua esses cuidados como parte integrante de seu trabalho.

3. Experiências Internacionais

Na literatura internacional, encontramos organizações de atenção à saúde com estruturas similares de cuidados. No Canadá, experiências de cuidados colaborativos em saúde mental (*collaborative mental health care*) e cuidados compartilhados (*shared care*) são relatadas como possibilidades de intervenção com bons resultados (Kates et al., 2011; Gagné, 2005; Gonçalves, 2012).

Kates et al. (2011) referem que o modelo de cuidado compartilhado é utilizado na cidade de Ontário, no Canadá, desde 1994, com o objetivo inicial de resolver problemas na relação entre os profissionais de saúde mental e os profissionais da APS, como a falta de comunicação entre eles, a dificuldade da população para acessar os serviços de saúde mental e a falta de compreensão dos médicos de família sobre sua função nos cuidados primários em saúde mental.

O objetivo desse modelo é aumentar a capacidade dos médicos de família referente aos cuidados de saúde mental e dependência química e aumentar a efetividade

dos recursos de saúde. Os médicos tornam-se os responsáveis por abordar questões de saúde mental e dependência química com o apoio de especialistas. Os casos mais graves podem ser referenciados aos serviços secundários e terciários. Esse apoio se dá pela presença mensal do especialista no serviço, pelo contato telefônico e por e-mail (Kates et al., 2011).

Segundo Gagné (2005), *collaborative mental health care* não é um modelo fixo, mas um conceito que enfatiza os cuidados de saúde mental na APS por meio da colaboração interdisciplinar. Esse modelo visa potencializar os cuidados em saúde mental com o trabalho conjunto de indivíduos, famílias e profissionais.

A autora (Gagné, 2005) chama atenção para a necessidade de políticas, legislações e financiamento destinados à atenção à saúde mental colaborativa e levanta duas dificuldades: o esforço para uma mudança do sistema de saúde primário e de saúde mental e a remuneração dos recursos humanos. Os elementos que definem esse modelo são: o aumento de acesso aos cuidados em saúde mental, que podem ser oferecidos por um profissional especialista ou pelo apoio a um profissional da APS; estruturas de colaboração, que consistem em criar uma organização de apoio e colaboração; e riqueza de colaboração, entendida aqui como riqueza na troca de conhecimento do especialista com os profissionais de saúde primária por meio de discussão de caso, seminários, cursos, material educativo etc.

Em consonância com os resultados positivos do apoio, Shippee et al. (2013), em pesquisa para avaliar se os cuidados colaborativos mostram resultados mais eficazes que a prática tradicional no tratamento de depressão e resultados no trabalho, observaram que, comparados às práticas usuais, os cuidados colaborativos apresentam melhora na resposta ao tratamento, remissão e absenteísmo.

Oliveira e Campos (2015), em pesquisa que relacionou a produção internacional sobre cuidados compartilhados e colaborativos com o Apoio Matricial, identificaram que a proposta do Apoio Matricial brasileiro segue as recomendações dos programas internacionais estudados e avança com estratégias não mencionadas. Para os autores, a metodologia brasileira contribui com o resgate das relações interpessoais em vez de pedidos de interconsultas ou fichas de referência e contrarreferência, propicia contrato dessas relações e definição do responsável pelo caso, propõe diversidade de núcleos de saber para ampliar o olhar e educação permanente para a reflexão sobre a prática.

Podemos observar por meio dessas experiências relatadas um esforço em encontrar um modelo de atenção que potencialize a resolutividade e a eficácia da APS, em especial em relação aos cuidados em saúde mental. Caminhando em consonância às experiências internacionais, a proposta de Apoio Matricial implantada pelo NASF traz em seu cerne a qualificação da APS por meio de cuidados colaborativos e compartilhados.

As referências citadas têm em comum a busca pela universalidade e pela integralidade do cuidado por meio da articulação da APS com profissionais de saúde mental e/ou serviços especializados. E defendem que essa articulação se mostra eficaz quando há a integração de uma estrutura organizacional que permita o encontro entre os diferentes profissionais e serviços, aliada à capacitação dos profissionais sobre o núcleo da saúde mental, e disponibilidade dos profissionais para a troca de saber e construção conjunta de intervenções.

Entretanto, mesmo nos países em que a APS é forte e organizada, o Apoio Matricial em saúde mental não se efetiva sem serviços especializados na retaguarda. Ao contrário, uma excelente APS, universal, com equidade e integralidade, deverá propiciar o acesso de muitos casos que estavam até o momento excluídos dos serviços de saúde. Mesmo necessitando ampliar a resolutividade e podendo cuidar de uma parcela significativa dos casos na APS, a demanda por serviços especializados deve aumentar em um primeiro momento, uma vez que há melhora na identificação de necessidades e no acesso da população ao sistema de saúde.

Capítulo III. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Com o objetivo de ampliar o campo de ação e a resolutividade da ESF, os NASF⁵ são criados, em 2008, para oferecer retaguarda especializada para EqSF (Brasil, 2008b)⁶.

Uma equipe de NASF (EqNASF) pode ser constituída por profissionais de diferentes profissões, os quais serão responsáveis por acompanhar, compartilhar e apoiar as ações desenvolvidas pela ESF. A composição das equipes será definida pelos gestores municipais e EqSF de acordo com as necessidades e demandas do território (Brasil, 2009). As EqNASF implantadas no município de São Paulo são responsáveis pelo apoio de oito a vinte EqSF (Brasil, 2008b)⁷.

A proposta fundamental desses núcleos objetiva a corresponsabilização das ações e o compartilhamento das decisões e condutas entre ESF e NASF para o fortalecimento da APS.

O NASF não se constitui porta de entrada do serviço, ou seja, não deverá haver na recepção do serviço uma agenda aberta para qualquer cidadão agendar uma consulta com uma determinada especialidade. Essa porta, construída por meio do vínculo que a ESF estabeleceu com os usuários e com o território, será mantida com a própria EqSF, uma vez que, mesmo demandando uma especialidade, o usuário pertence e pertencerá à equipe na qual foi cadastrado.

Ao NASF fica a responsabilidade de atuar de forma ampliada, com ações interdisciplinares, intersetoriais, visando participação social, educação popular, promoção à saúde e humanização (Brasil, 2009).

---

⁵ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008b).

⁶ Em 2005 foi criado, pela Portaria nº 1065/GM, de 4 de julho de 2005, o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), que propunha equipes de apoio para ampliar a integralidade e a resolubilidade de atenção básica à saúde. Esses núcleos seriam definidos por modalidades: Alimentação/nutrição e Atividade Física; Atividade Física; Saúde Mental; e Reabilitação, sendo critério do município a escolha. Cada núcleo se responsabilizaria por nove a onze equipes de Saúde da Família. Essa Portaria, porém, foi revogada, sendo suas diretrizes incorporadas à Portaria do NASF (Brasil, 2005).

⁷ Em 2011, a Portaria nº 2.488 é aprovada, reduzindo o número máximo de equipes apoiadas para quinze (Brasil, 2011a). Já em 2012 é publicada outra Portaria, nº 3.124, e o número de equipes que cada NASF deverá acompanhar é reduzido para um mínimo de cinco equipes e no máximo nove equipes de Saúde da Família. (Brasil, 2012).

O NASF propõe em seus documentos orientadores uma nova organização de trabalho partindo de ferramentas como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Pactuação do Apoio e Projeto de Saúde no Território (Brasil, 2009). O objetivo central é a construção conjunta das linhas de cuidado, possibilitando a ampliação das ações da ESF e sua consequente qualificação, uma vez que incorporam em sua prática novas especialidades e novos saberes.

1. Ferramentas tecnológicas / Instrumentos de trabalho do NASF

Vamos a seguir descrever brevemente, a partir dos documentos analisados, as ferramentas tecnológicas citadas e sugeridas para o trabalho do NASF.

O Apoio Matricial visa à corresponsabilização dos profissionais da ESF e NASF, com distribuição do poder da gestão do cuidado, transformando a fragmentação dos encaminhamentos a especialistas com prejuízo da integralidade (Campos, 1999).

A Clínica Ampliada propõe uma troca de saberes em que, além da ampliação do olhar, há uma nova construção da intervenção sobre o caso ou território atendido. O Projeto Terapêutico Singular propõe a organização das propostas de cuidado, que pode ser específico para indivíduos ou coletivo, em um processo de construção compartilhada que se debruça na singularidade dos envolvidos e na composição de diversos saberes (Oliveira, 2008). A partir do projeto construído podem desdobrar-se ações como uma consulta compartilhada entre um matriciador e um profissional da ESF, uma visita domiciliar, participação em grupos e atividades propostas na Unidade Básica de Saúde (UBS), articulação com um serviço de atenção secundária ou terciária, ou intersetorial, entre outras possibilidades.

A Pactuação do Apoio refere-se a dois momentos, um inicial, que implica o processo de discussão conjunta sobre as necessidades do território entre o gestor, as EqSF e o Conselho de Saúde, para que, juntos, definam quais profissionais de NASF serão necessários para os cuidados de determinado território; e um segundo momento propõe a pactuação conjunta entre o gestor, as EqSF e EqNASF do processo de trabalho, metas e objetivos a serem alcançados, problemas prioritários e gestão do cuidado (Brasil, 2009).

O Projeto de Saúde no Território tem como objetivo a construção de um projeto para o território a partir da identificação de populações vulneráveis ou em risco, a fim de promover a promoção da saúde, participação social e intersetorialidade (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) define que o NASF será composto de nove áreas de atuação: *“saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares”* (p.8).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou um *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*, a fim de proporcionar subsídios aos profissionais que trabalham com essa metodologia. O guia abarca instrumentos para a realização do matriciamento em saúde mental e explica de forma didática como executar as ações preconizadas ao matriciador. São oferecidas explicações conceituais sobre matriciamento, transtornos mentais comuns na APS, técnicas de grupos, bem como propostas de intervenções práticas de como elaborar um Projeto Terapêutico, como realizar uma consulta conjunta, trabalhar em rede e elaborar um genograma, por exemplo (Chiaverini, 2011).

2. Ações preconizadas de Saúde Mental

As ações de Saúde Mental propostas pelo ministério para as equipes de Apoio Matricial do CAPS (Brasil, 2003) foram integralmente incluídas como ações propostas pelo ministério para o Apoio Matricial do NASF, apesar de pequenas alterações de palavras e ordem das frases (Brasil, 2008b).

“-realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas,

visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;*
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;*
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc;*
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;*
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e*
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração" (Brasil, 2008b).*

Apenas o primeiro item, o qual não havia sido preconizado às equipes do CAPS, foi inserido na Portaria do NASF (Brasil, 2008b): *"realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional"*, o que sinaliza a necessidade do cuidado assistencial além do apoio direcionado à capacitação dos profissionais da APS e discussão de casos.

A diferença entre o matriciamento do CAPS e do NASF se dá principalmente pelo fato de o CAPS ser um serviço especializado, enquanto o NASF é um Núcleo de Apoio que não se caracteriza como um serviço com um local fixo. O CAPS identifica quais são os casos graves e persistentes e os assume, responsabilizando-se pelo cuidado, já o NASF atua como uma retaguarda, porém, com pouca condição de assumir a assistência específica, deixando grande parte do sofrimento psíquico para as EqSF, as quais não possuem formação para isso.

O primeiro documento ministerial em que essa proposta aparece é o *"Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários"* (Brasil, 2003). Nesse documento, direcionado ao CAPS, é proposto que os profissionais realizem Apoio Matricial às equipes de APS por meio de reuniões periódicas e disponibilidade para ações em conjunto. O documento sugere ainda que as equipes de saúde mental realizem ações de supervisão, atendimentos em conjunto e compartilhados e promovam capacitação às equipes.

O segundo documento, de criação do NASF (Brasil, 2008b), propõe ações gerais a todos os profissionais do programa e ações específicas para diferentes áreas. (Aqui faremos o recorte de nos debruçarmos apenas sobre as ações específicas de saúde mental, em razão dos objetivos deste estudo).

Enquanto no primeiro documento as equipes são formadas exclusivamente por profissionais da saúde mental, sendo pelo menos um médico psiquiatra (ou um médico clínico com especialização em saúde mental) mais um profissional de nível superior, o NASF abrange um leque maior de profissões e estipula que haja pelo menos um profissional de saúde mental, sem especificar a profissão.

Ambos os documentos propõem ações conjuntas entre profissionais de saúde mental e profissionais da APS com o intuito de promover troca de saberes e capacitações. O documento relacionado ao CAPS utiliza o termo supervisão, o qual desaparece na proposta do NASF, sendo enfatizado o matriciamento.

Em ambas as propostas o psicólogo pode fazer parte da equipe, por ser um profissional da saúde mental. Em nenhum dos documentos são preconizadas ações específicas para o psicólogo, que pertence a uma equipe com ações ampliadas, o que aumenta o escopo de possibilidades de sua atuação, porém pouco especifica o núcleo de saber próprio.

No caderno de Atenção Básica (Brasil, 2009), que preconiza as diretrizes do NASF, também não foram definidas quais profissões vão atuar nas áreas específicas, trazendo uma ampliação na possibilidade de construção de ações de cuidados e intervenções no território, uma vez que não restringe as áreas de atuação a uma determinada especialidade. Por sua vez, a dificuldade de implantação do SUS, as falhas na organização da APS, a falta de uma rede secundária e a falta de uma diretriz clara e de definições de papéis aos profissionais podem gerar diversidade de atuações contraditórias com a proposta transformadora da corresponsabilização, aspecto identificado por Sampaio et al. (2012) em pesquisa sobre os processos organizativos do NASF.

Por se tratar de uma organização de trabalho recente, ainda há um número escasso de pesquisas que abordam o tema e suas ações desenvolvidas. O NASF se implanta com uma enorme expectativa de transformação dos processos de trabalho desenvolvidos pela ESF, porém com muitos questionamentos sobre sua efetividade e

real alcance de intervenção. Os profissionais são inseridos em um campo de trabalho obscuro, no qual as diretrizes de atuação não são claras e o gerenciamento dos serviços e dos profissionais contratados e a organização das equipes ficam a cargo das próprias EqNASF, seus coordenadores e instituições.

No município de São Paulo há uma peculiaridade: a organização do trabalho e os recursos humanos de toda a ESF e do NASF estão sob a responsabilidade de Instituições da Sociedade Civil - Organizações Sociais de Saúde (OSS) - conveniadas à Prefeitura de São Paulo (São Paulo, 2001), de acordo com as leis estaduais (São Paulo, 1998 e 2014). Apesar de haver diretrizes e parâmetros municipais norteadores das ações do NASF (São Paulo, 2009), cada equipe teve a liberdade de construir sua dinâmica de funcionamento, o que é diverso entre as OSS, produzindo impactos no trabalho e em seus resultados.

Segundo os dados publicados no site oficial da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, atualizados em 2012, há 270 UBS com EqSF, totalizando 1.277 EqSF na cidade, com 45% de abrangência no município, e 87 EqNASF implantadas (São Paulo, 2015). Sua divisão territorial segue conforme o quadro:

Quadro 1 - Número de equipes NASF por região

<i>Região</i>	<i>Número de UBS</i>	<i>Número de ESF</i>	<i>Número de NASF</i>
Centro-Oeste	23	92	8
Leste	57	254	20
Norte	45	208	14
Sul	96	515	30
Sudeste	49	205	15
TOTAL	270	1.277	87

Há diversos tipos de interações, procedimentos e condutas utilizados para o desenvolvimento do trabalho. Em consequência da variedade territorial, com suas diferentes demandas, e da incompleta e diversa implementação do SUS, surgem muitas possibilidades de arranjo do NASF. Apesar do desejo de transformar a segregação das profissões e serviços, a implantação do NASF encontra limites nas formas como o sistema de saúde está organizado.

3. Experiências de NASF

Recentes estudos analisaram a implantação do NASF. Sampaio et al. (2012), em pesquisa no município de Campina Grande, na Paraíba, buscaram identificar como os NASF operacionalizam o trabalho e de que forma seus processos organizativos propiciam dispositivos de gestão para a manutenção ou transformação dos modelos de cuidado em saúde. Foram observadas duas fragilidades no processo de implantação do NASF: a imprecisão dos documentos ministeriais sobre a atuação do NASF e a liberdade para cada NASF construir seu processo de trabalho. Há equipes que trabalham em diferentes distritos de saúde, ao contrário da proposição de atuação por territórios específicos. E seu modelo de gestão segue o modelo de saúde que privilegia a assistência individual vigente no município. *"Assim, o NASF, que possui uma proposta transformadora do processo de trabalho na Atenção Básica por meio da cogestão, passa a reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual, com foco na cura"* (Sampaio et al., 2012; p.321). As equipes atuam de forma diversa, voltadas para a assistência específica, mostrando a dificuldade da transformação do cuidado em saúde em que o cuidado fragmentado tende a se reproduzir.

Lancman e Barros (2011), em pesquisa sobre a atuação dos Terapeutas Ocupacionais no NASF, também pontuam que os documentos referentes ao NASF são genéricos em relação às ações que devem ser desenvolvidas e ao processo de trabalho da equipe. Consideram que a implantação do NASF tem ocorrido de forma irregular, com capacitação dos profissionais deficitária, falta de clareza na definição dos papéis e processos de trabalho com as EqSF conflituosos, uma vez que há diferenças nas atribuições dos profissionais da ESF e do NASF.

As autoras (Lancman e Barros, 2011) definem ainda quatro dificuldades sobre a atuação do NASF. A primeira dificuldade apontada, de âmbito estrutural, é a diferença na organização no trabalho entre as EqSF com agenda voltada para consultas individuais e a EqNASF com foco de atuação em reuniões, consultas e visitas compartilhadas. A segunda dificuldade refere-se ao excesso de demanda e carência de recursos da rede assistencial, que faz com que o NASF seja pressionado a atuar de forma ambulatorial e individualizada. Outra dificuldade apontada refere-se à presença das OSS na gestão dos serviços públicos, uma vez que há heterogeneidade das práticas

profissionais, podendo prejudicar a consolidação de uma política pública. E, por fim, a vaga definição das atribuições dos núcleos de especialidade do documento norteador e a pouca experiência de trabalhos interdisciplinares propiciam a atuação de forma isolada de cada profissional e a dificuldade de definir prioridades.

A falta de formação dos profissionais do NASF sobre SUS, APS e o próprio trabalho em equipe também são apontados por Nascimento e Oliveira (2010) como um obstáculo para o desenvolvimento do trabalho. As autoras contribuem com a identificação de habilidades necessárias para a atuação no programa como a capacidade de: *"acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe (...), flexibilidade, proatividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento"* (p.95). Para além do conhecimento técnico específico de sua categoria, o profissional do NASF deve contemplar alguns requisitos necessários para a construção da atuação em APS.

Oliveira (2013), em pesquisa sobre a integração das ações de saúde mental da EqSF e da EqNASF, identificou que, apesar de a diretriz do NASF propor uma mudança na lógica do cuidado, os olhares sobre os casos e as necessidades em saúde são produzidos a partir da lógica da especialidade, reproduzindo a dominação de alguns conhecimentos sobre outros, empobrecendo a troca de saberes e tornando as intervenções prescritivas. A autora esclarece:

"As demandas dos usuários são avaliadas e catalogadas a partir das ações previamente estabelecidas por posturas e condutas que tendem à cristalização de ações e que buscam prioritariamente no saber científico produzido no campo da biomedicina a possibilidade de intervenção, o que torna as intervenções repetitivas, tendo como principal efeito a reiteração de paradigmas que se pretendia superar" (p.92).

A autora (Oliveira, 2013) observou que na relação de matriciamento os profissionais do NASF se colocam como os "detentores" do saber e a ESF é vista como aquela que deve aprender, explicitando a contradição da proposta de construção conjunta e horizontal e uma prática repleta de imposição de condutas e saberes.

Hori (2013) também observou, em sua pesquisa sobre as ações de saúde mental no NASF, a prescrição de condutas predefinidas, nas quais os usuários eram encaminhados para grupos sem uma discussão aprofundada sobre as questões de saúde do indivíduo/família. Outro aspecto observado foi a falta de planejamento dos casos a

serem discutidos nas reuniões de matriciamento, nas quais o relato sobre o caso se restringia à leitura da queixa do usuário e a conduta se limitava à troca de medicação.

Mourão (2009), em relato de sua experiência de matriciamento em Saúde Mental, pontua muitos ganhos acompanhados de muitas dificuldades. Ao NASF é dada a tarefa do desafio da mudança do modelo de assistência em consonância com a constante luta pela consolidação da Reforma Sanitária, sendo a resistência dos profissionais em assumir a corresponsabilização parte do processo de construção e sensibilização da nova estratégia de APS.

Tendo em vista que as pesquisas sobre o processo de trabalho do NASF e sua relação com a ESF pontuam dificuldades de implantação de uma proposta que se pretende transformadora, os profissionais são colocados em um lugar ambíguo, em que a diretriz prescrita nos documentos norteadores propõe um caminho, porém a prática reproduz o padrão tradicional de fragmentação e hierarquia.

4. Trabalho em equipe

A proposta de Apoio Matricial, sem dúvida, é uma contraposição à hierarquização e à fragmentação dos saberes e das práticas em saúde. Considerar que apenas colocar vários profissionais de diferentes formações e profissões juntos irá imediatamente fazer com que atuem em conjunto em um mesmo caso/família/território, porém, é uma ilusão. As dificuldades do trabalho em equipe, e suas potencialidades, merecem nossa atenção.

Peduzzi (2007) identificou que a organização do trabalho em saúde na modalidade trabalho em equipe está em construção tanto na prática dos serviços como na literatura nacional.

O trabalho em equipe surge da necessidade de recompor e integrar os trabalhos especializados por meio da interação no trabalho. Contudo, as relações hierárquicas e assimétricas expressam uma desigualdade valorativa dos saberes, expondo uma tensão entre os distintos trabalhos e especialidades (Peduzzi, 1998).

Para muitos autores (Corbo et al., 2007; Araujo e Rocha, 2009), a própria ESF ainda se apresenta como um modelo em construção que visa transformar a lógica do cuidado centrado na doença, com projetos individualizados e visão predominantemente

biomédica. Os desafios do trabalho em equipe nessa nova configuração ainda não haviam sido superados quando da implantação do NASF, potencializando então os desafios e promovendo possíveis conflitos de interesse na relação entre as equipes ESF e NASF, ambas em construção.

O trabalho em equipe é compreendido como um processo de inter-relação entre os integrantes com "*momentos de articulação e desarticulação, de entendimento e conflito*" (Fortuna, 1999; p.23) em que os trabalhadores são convidados a interagir na perspectiva de um objetivo comum. Nessa interação circulam conhecimentos, interesses, poderes, desejos e afetos, o que torna a equipe um mecanismo vivo, que vivencia processos grupais em permanente construção e desconstrução, tensões e integrações (Fortuna, et al., 2005).

Peduzzi (2001) contribui ao construir, a partir da investigação de trabalhos em equipe, dois modelos polares para analisar equipes em saúde: a "*equipe agrupamento*", caracterizada por fragmentação e justaposição das ações específicas, e a "*equipe integração*", caracterizada pela integralidade das ações em que há a busca de um projeto assistencial comum. A autora destaca a comunicação como o fator determinante do desenvolvimento do trabalho em equipe e discute como a sobreposição da dimensão pessoal ao saber técnico, ou a falta de comunicação sobre o trabalho entre os agentes, pode prejudicar o projeto assistencial comum, fundamental para o trabalho em equipe.

Tal concepção contribui com a reflexão de que o agrupamento de pessoas em uma reunião para discussão de casos não garante em si a interação de seus agentes. Se a tarefa primordial das equipes de Apoio Matricial, sejam elas do CAPS, do NASF ou equipes específicas para esse fim, é construir em conjunto Projetos Terapêuticos e ações de saúde, faz-se necessário que trabalhem na perspectiva da equipe integração.

Para Peduzzi (2007), é a integralidade que orienta o trabalho em equipe, sendo uma ferramenta do processo de trabalho em saúde. Desse modo, as equipes de referência e de Apoio Matricial, além de arranjos organizacionais, são uma metodologia para a gestão do trabalho (Campos e Domitti, 2007). E ao NASF e às EqSF é dada a tarefa da transformação do cuidado, incluindo a promoção à saúde, a prevenção de doenças e o cuidado do território, somada ao desafio do trabalho colaborativo com diferentes profissionais e equipes atuando em conjunto.

Capítulo IV. O psicólogo e seus lugares

1. Saúde mental na APS: o lugar do psicólogo

A saúde coletiva, ao colocar a necessidade de intervenções interdisciplinares com ações desde a promoção à saúde até a assistência de alta complexidade, impulsionou a psicologia à quebra de paradigmas, no sentido do cuidado integral, que pressupõe passar de um modelo privatista de cuidado a uma atuação em equipe (Zurba, 2011).

A intervenção psicológica na APS exige a transformação do modelo psicoterápico individual tradicional para um modelo de atenção voltado ao território, com ações interdisciplinares e intervenções breves (Zurba, 2011; Dimenstein, 1998). Em pesquisa com psicólogos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém, Archanjo e Schraiber (2012) identificaram que, apesar do desejo dos profissionais entrevistados de realizar um trabalho mais voltado para a promoção da saúde, os psicólogos se aproximam mais da prática tradicional do "consultório", com ações de orientação, psicodiagnóstico e psicoterapia, sendo o trabalho em equipe não reconhecido como prática específica da psicologia. Esse fato mostra-nos uma tensão entre o querer fazer diferente e a pressão pela manutenção do tradicional, reforçada pela gerência, pela organização do trabalho ou pela demanda da própria população.

Ao mesmo tempo, devemos considerar que diferentes pesquisas apontam a ampliação das atividades realizadas pelo psicólogo na APS para além da consulta psicológica, como acolhimento, acompanhamento de pacientes psiquiátricos, ações de promoção, educação em saúde, parcerias comunitárias, grupos realizados fora da UBS e mediação de equipes de saúde (Archanjo, 2010; Boing et al., 2009; Lima, 2005).

O processo de inserção do psicólogo na APS se constrói na prática cotidiana a partir das demandas e necessidades que a população e os territórios expõem, levando os profissionais a repensar e recriar suas condutas, uma vez que a formação profissional na universidade não acompanhou o ritmo das transformações das práticas diárias.

A ESF, com enfoque territorial e organização de trabalho em equipe, também possibilitou a inserção de novas práticas do psicólogo na APS.

Nepomuceno (2009), em pesquisa realizada em 2007 sobre as ações desenvolvidas por psicólogos na ESF, identificou uma lista de atuações realizadas:

"Ações de territorialização e planejamento local de saúde; Ações de acolhimento e humanização dos serviços de saúde; Visitas domiciliares; Ações de suporte à saúde mental (atendimento individual/ambulatorial, atendimento de casal e famílias, grupos terapêuticos, triagem, grupos de crescimento pessoal, participação nos processos, organização dos serviços ofertados e organização da demanda); Atividades nas escolas; Atuação/facilitação em grupos da ESF (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, crianças, hanseníase e outros); Participação nos espaços de formação interdisciplinar e de categoria profissional; Facilitação de processos de educação permanente junto às Equipes de Saúde da Família e demais profissionais do território, facilitando a disseminação de conhecimentos próprios da Psicologia para o campo interdisciplinar; Atuação junto a rodas e/ou reuniões das equipes multiprofissionais, potencializando os processos grupais; Ações comunitárias e de articulação de redes sociais; Consultoria social e organizacional a projetos sociais e instituições dos territórios; Outras ações de fomento à participação e controle social, como atuação junto a conselhos de saúde e associações de moradores" (Nepomuceno, 2009; p.56).

Tais ações refletem superação das práticas em saúde mental em que o trabalho em equipes multiprofissionais amplia o saber específico da psicologia ao mesmo tempo que potencializa novas possibilidades de atuação do psicólogo como articulação intersetorial e em grupos comunitários (Nepomuceno, 2009).

No campo da saúde mental, os psicólogos passaram a ter maior inserção em virtude da crise dos modelos hospitalocêntricos, que tinham o médico como centro do tratamento. A necessidade da ampliação de outras profissões no cuidado caminhava junto com a necessidade de transformação da assistência à saúde, acompanhando as propostas da Reforma Sanitária (Dimenstein, 1998), bem como as transformações que o movimento da Reforma Psiquiátrica construiu com serviços substitutivos de cuidado ao sofrimento mental (Amarante, 2012).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, priorizou o investimento em equipes multiprofissionais nas redes de atenção como substituição ao modelo hegemônico medicamentoso e organicista (Dimenstein, 1998).

Archanjo (2010), ao fazer uma retrospectiva do desenvolvimento da psicologia brasileira e da construção da psicologia como profissão, ressalta a relevância do

Movimento da Reforma Psiquiátrica como fundamental no impacto do exercício profissional do psicólogo. A transformação dos processos de cuidados em Saúde Mental, com a redução expressiva da hospitalização e a implantação de novos equipamentos e dispositivos, como os CAPS e os NASF, permitiu uma ampliação das possibilidades de atuação do psicólogo.

No processo paralelo do desenvolvimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, Boing e Crepaldi (2010) e Vannucchi (2011) identificaram incongruência entre a PNAB, que preconiza a ESF como porta de entrada e organizadora da atenção à saúde, e as Políticas de Saúde Mental, que definem que os CAPS serão os organizadores da atenção à saúde mental.

O Manual do CAPS, produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), reconhece que a APS tem condições de fazer um acompanhamento diferencial do cuidado aos transtornos mentais e preconiza o CAPS como orientador dessas ações, sendo de sua responsabilidade:

"Conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realizar Apoio Matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica" (Brasil, 2004; p.25).

Essas duas diretrizes, o CAPS como organizador da saúde mental e a APS como organizadora da atenção à saúde, podem se articular ou sobrepor, podendo gerar dúvidas na prática do profissional, por não ficar claro quem será responsável pelos cuidados dos casos que envolvem questões de saúde mental: as EqSF, em conjunto com o NASF, ou o CAPS? Essa parece ser uma tensão na rede de atenção à saúde mental que, se não for enfrentada e resolvida (preferencialmente em conjunto, com participação de todos os envolvidos), com discriminação clara do que cabe ao trabalho de cada serviço ou profissional e o que cabe a todos, produzirá consequências no cuidado do território.

Tal indefinição tem repercussão nas ações desenvolvidas pelos profissionais da rede que deparam com essa inconsistência na prática diária, evidenciando os desafios que o psicólogo da APS enfrenta. Boing e Crepaldi (2010) consideram que essa indefinição se deu em decorrência das transformações produzidas pelos movimentos sanitário e antimanicomial, com encaminhamentos paralelos de políticas públicas de saúde coletiva e de saúde mental, e concluem que a APS deve ser a porta de entrada e referência da saúde mental, já que incumbir ao CAPS a tarefa de ser porta de entrada e organizador da rede de saúde mental é considerar que a saúde mental está separada dos cuidados em saúde.

Entretanto, vale ressaltar que a Portaria de criação do NASF é posterior à que preconizou que o CAPS organizasse a rede de cuidado em saúde mental, o que realça a importância da APS na coordenação do cuidado, e que o CAPS é direcionado aos cuidados dos casos graves e persistentes, enquanto a APS é responsável pelo cuidado dos transtornos mentais comuns.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de garantir atenção integral à saúde mental, é criada para promover maior articulação entre os pontos de atenção ao sofrimento mental e as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Está estruturada em APS, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011b).

Nessa organização a atenção especializada ficou restrita. O CAPS é exclusivo para casos de sofrimentos mentais graves e persistentes e os casos moderados ficaram sem lugar. Por um lado, temos um esforço em qualificar a rede de cuidados em saúde mental, por outro, o espaço para o cuidado de transtornos mentais comuns se restringe à APS, porém as EqSF não podem dar conta de tudo, e o psicólogo do NASF, com um número grande de equipes, também não consegue, não quer ou não pode.

Boing e Crepaldi (2010), em pesquisa que teve como objetivo identificar de que forma as políticas públicas contemplam a atuação do psicólogo na APS, avaliaram, por meio de investigação e análise documental da legislação federal de saúde do Brasil, que o psicólogo é citado em um número reduzido de documentos (quatorze dos 964 documentos analisados), sendo mais encontrado em documentos referentes à atenção

secundária e terciária à saúde. Entretanto, vale ressaltar que os psicólogos já estavam inseridos em Unidades Básicas de Saúde na APS (Archanjo, 2010).

Para Boing e Crepaldi (2010), o psicólogo é citado nas políticas públicas do Brasil como especialista, sendo mencionado na APS apenas no lugar de matriciador, não como um profissional de saúde generalista. Consideram que o matriciamento se caracteriza em atuação de especialidades, particularidade do nível secundário de atenção à saúde, uma vez que o Apoio Matricial enfoca os casos identificados a partir de sintomas, doenças e agravos, questionando, portanto, se essa ferramenta é a mais adequada para as intervenções dos profissionais da APS.

A construção de uma prática psicológica ampliada, não fechada em especialidades ou em uma demanda específica, é o que é solicitado aos psicólogos que trabalham na APS, especificamente nos NASF. Sua atuação deverá possibilitar a construção de uma psicologia que presta assistência em conjunto com outros profissionais, ao mesmo tempo que educa, sem assumir o lugar de supervisor, detentor do saber, e sem ser o responsável exclusivo do atendimento psicológico que historicamente se construiu de forma individualizada.

2. O psicólogo no matriciamento

O profissional psicólogo é incluído nas equipes de Apoio Matricial como um profissional de saúde mental, sendo uma das profissões possíveis na composição da equipe que dará suporte técnico e pedagógico às EqSF.

Para falarmos sobre a inserção do psicólogo no Apoio Matricial, recorreremos aos achados de Moretto (2006), que identificou que a inserção de um profissional em uma instituição, mais especificamente em uma equipe de saúde, não ocorre pelo simples fato de haver uma vaga para tal profissão, e sim pelo processo de construção desse lugar.

Moretto (2001), ao estudar a inserção do psicanalista no hospital, nos instiga a aprofundar essa questão. Para a autora (Moretto, 2001 e 2006), a inserção do psicanalista na equipe está relacionada ao tipo de demanda que a equipe solicita e à forma pela qual a demanda é escutada pelo profissional. Tomando emprestadas suas considerações que se dirigem ao lugar do psicanalista, mas que cabem também ao

psicólogo, mais especificamente ao psicólogo apoiador matricial, faremos uma reflexão acerca das possibilidades de lugares que esse profissional pode ocupar.

Moretto (2006) identifica que os psicólogos têm dificuldade de se sentir incluídos em equipes multiprofissionais, percebendo que para o trabalho de inserção é necessária a apuração da demanda da equipe, já que o processo de inserção *"só pode ocorrer (ou não) no próprio campo da relação estabelecida entre ambos"* (p.58). O que nos faz pensar que o psicólogo matriciador tem como tarefa identificar não só as necessidades da população, mas também as dificuldades que as EqSF apresentam no manejo da saúde mental e cuidados do sofrimento psíquico.

Dessa forma, identificamos que o profissional, ao trabalhar em equipe em uma instituição, deverá atuar na vertente clínica e também na vertente institucional, considerando aqui também o manejo das equipes de saúde (Moretto, 2001). Vale a ressalva de que a autora trabalha no campo hospitalar, em que a assistência psicológica é mais solicitada e valorizada, realidade que difere da prática da APS, que, além da assistência específica, desenvolve ações coletivas, de promoção à saúde com enfoque no território, na comunidade, com articulações de rede e intersetoriais.

Em seu livro *O que pode um analista no hospital?*, Moretto (2001) identifica que a grande contribuição do profissional *psi* na relação com as equipes, e na solicitação dos médicos, é justamente a possibilidade de (re)incluir a subjetividade, que por vezes é negada e excluída pelas próprias equipes. Moretto (2001) refere que o discurso médico obedece ao imperativo metodológico da exclusão da subjetividade e esclarece:

"O fato do discurso médico não se sustentar senão por sua objetividade e cientificidade, que é seu imperativo metodológico, nos interessa porque tem uma consequência na prática, na clínica médica, essa que às vezes participamos enquanto pacientes. Devemos obedecer ao médico porque ele sabe o que é melhor para as nossas vidas. Essa consequência é que o discurso médico não só exclui a subjetividade do médico, que é chamado a calar os seus sentimentos, pois é isso que a ordem médica exige dele, mas também despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva" (p.63).

Essa proposição está em consonância com os dois documentos já citados (Brasil, 2003 e 2008b) que preconizam como ação de saúde mental: *"evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana"* (Brasil, 2003; p.5). Esse direcionamento reforça a necessidade da inclusão da

subjetividade e de intervenções interdisciplinares com ampliação de saberes e planos terapêuticos expandidos que vão para além do discurso médico centrado na doença, e não no doente.

É importante aqui lembrar os diferentes planos em que operam as políticas, a organização e gestão dos serviços e as práticas. A “mudança de modelo” pretendida em trabalho colaborativo e conjunto não se constrói apenas com portarias e diretrizes ministeriais, mas também na prática cotidiana, a partir de mudanças de paradigmas e posições na relação ao/e com o outro.

O apoiador matricial poderá se inserir em algumas equipes e serviços e, ao mesmo tempo, não se inserir em outras equipes, pois a construção dessa relação é que permitirá essa condição, como bem definiu Moretto (2006): *"Se a proposição inicial era 'se há possibilidade de inserção, então posso trabalhar', a proposição a que chegamos a partir desse dispositivo é outra: 'Se posso trabalhar, então há possibilidade de inserção'."* (p.62).

O profissional psicólogo integrante da equipe de saúde mental no NASF não ocupa um lugar específico, tendo como tarefa descobrir e construir o seu lugar de apoiador matricial em conjunto com a própria equipe e orientações da gestão. Nessa perspectiva, o trabalho no NASF parece abrir caminhos para essa construção, ao preconizar ações coletivas, compartilhadas e interdisciplinares, porém é o profissional na relação com as equipes, junto com a gestão, que poderá consolidar esse espaço. A inserção é compreendida aqui como um processo de construção de um lugar que se dará na relação com o outro.

O esperado é que o profissional reconheça quais aspectos da saúde mental são possíveis de ser compreendidos e incorporados na prática do trabalho por todos os profissionais e quais são específicos do psicólogo e que compete a ele executar e manejar, incluindo a necessidade de o psicólogo se apropriar das características e especificidades da APS.

3. O psicólogo no NASF

As diretrizes do NASF (Brasil, 2009) dispõem e incentivam um processo de construção da inserção dos profissionais de saúde mental (e, portanto, do profissional

psicólogo) que deve implementar-se nas práticas dos serviços, pois abre espaço para o campo da subjetividade na construção das ações e projetos de saúde, como bem explicitado em uma das ações preconizadas: *"discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas"* (Brasil, 2008b; p.10).

Preocupado com as dúvidas referentes ao modo de atuação e implantação do NASF, o Conselho Federal de Psicologia organizou um seminário em 2008 com o intuito de promover uma reflexão da profissão acerca das novas propostas e práticas de atuação. Nesse seminário foram promovidos debates, palestras e rodas de conversa para compartilhamento das práticas da psicologia já realizadas ou em andamento (CFP, 2009).

Transformar o trabalho do psicólogo de profissional somente clínico, no sentido de apoiar o desenvolvimento de ações integradas, multidisciplinares e interdisciplinares, prevenir doenças e promover saúde, desenvolver ações para além do campo da saúde mental e sistematizar e avaliar resultados, é o desafio da psicologia no NASF ressaltado por Nepomuceno (2009).

Em pesquisa sobre a atuação do psicólogo no NASF em Belo Horizonte, Azevedo e Kind (2013) sugerem que os psicólogos estão inseridos nas equipes, uma vez que o trabalho realizado promove diálogo entre os profissionais, construção conjunta dos projetos terapêuticos e as atividades coletivas e visitas domiciliares são realizadas por mais de um profissional. As dificuldades citadas se referiram mais à logística e à estrutura do trabalho, não aparecendo problematizações em relação à inserção do psicólogo.

No entanto, Leite et al. (2013), em pesquisa sobre a inserção da psicologia no NASF, identificaram queixas dos psicólogos em relação ao trabalho interdisciplinar e à atuação na equipe por causa das relações verticalizadas e médico centradas.

De acordo com as diretrizes e os parâmetros norteadores das ações dos NASF no município de São Paulo (São Paulo, 2009), são definidas metas para as ações propostas especificadas por profissão. Os procedimentos foram pensados em porcentagem de horas mensais para cada atividade realizada.

Segue o quadro das metas estabelecidas para o psicólogo:

Quadro 2 - Ações e metas propostas ao psicólogo no NASF

Ações Propostas para o NASF		Proporção mensal de horas por procedimento para o psicólogo
Ações Compartilhadas	Reuniões com equipe Saúde da Família	15-25%
	Reuniões técnicas	
	Consulta/Atendimento domiciliar compartilhada	5-15%
	Consulta/Atend. prof. Nível superior compartilhada	
	Visita Domiciliar compartilhada	5-15%
	Atividade educativa/Orientação compartilhada	10-20%
	Prática corporal/Atividade Física compartilhada	
	Prática corporal em Med. Trad. Chinesa comp.	
	Grupo com objetivo terapêutico compartilhado	
	Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas	
Atendimento Específico	Consulta/Atendimento prof. Nível superior	5-15%
	Atividade Educativa/Orientação	10-20%
	Prática Corporal/Atividade Física	
	Prática Corporal em Med. Trad. Chinesa	
	Grupo com objetivo terapêutico	
	Oficinas com diferentes linguagens	
Ações Intersetoriais	Reuniões com recursos da comunidade	5%
	Reuniões com conselho gestor	
	Visita Institucional	
Outras Atividades	Reuniões com equipes de NASF	10%
	Atividades administrativas	
	Reuniões gerais UBS	
	Educação continuada equipe NASF	

Fonte: Diretrizes e Parâmetros norteadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (São Paulo, 2009).

Em meio às novas propostas e aos desafios, o psicólogo encontra-se em uma equipe multiprofissional que atua com outras equipes, construindo um novo lugar para o psicólogo na APS. O que chama atenção nas ações preconizadas ao psicólogo é a redução do atendimento individual, atividade que sempre se configurou como prioritária no exercício da psicologia. Por um lado, há uma perspectiva interessante, pois pode promover ampliação da atuação do psicólogo para ações mais coletivas, compartilhadas e de promoção à saúde; por outro lado há a preocupação com o cuidado assistencial

psicológico. Já que não existem alternativas de acesso à psicoterapia individual, seja na APS, seja na atenção secundária, o ingresso da população a essa atividade foi muito reduzido.

A essa altura, a tarefa do psicólogo apoiador matriciar no NASF aponta para uma junção de ações que implicam: 1) prestar assistência direta à população (ou seja, realizar consultas específicas), pois o psicólogo do NASF é também referência do território, além de ser apenas um apoio técnico; 2) prestar apoio pedagógico às equipes (seja em consultas compartilhadas, seja em educação permanente), pois há a necessidade de troca de conhecimentos específicos teóricos e técnicos para ampliação do manejo em saúde mental das EqSF; e 3) manejar relações grupais (das EqSF) e institucionais, pois o trabalho em equipe implica o manejo das relações interpessoais e técnicas.

Há uma dupla dificuldade que os profissionais do NASF parecem vivenciar. A primeira é a realização do apoio assistencial e pedagógico simultaneamente; a segunda é ser referência especializada do território, (ou seja, o psicólogo do NASF é o único ao qual a população pertencente ao seu território de atuação tem acesso), ao mesmo tempo que sua principal função é de apoio, pois não pertence a uma UBS específica, cobrindo várias, e tem uma carga assistencial específica bastante reduzida, atuando na maior parte do tempo por meio de discussão de casos e atendimentos conjuntos com as EqSF. O fato de não existir a possibilidade de encaminhamento para atendimento psicológico específico nos casos em que se julga necessário torna essa tarefa ainda mais complexa.

As experiências de Apoio Matricial, as quais têm demonstrado resultados positivos, partem de uma organização em que o apoiador matricial desloca-se à APS para discussão de casos e intervenções conjuntas, porém, os casos que necessitam de um acompanhamento contínuo, em médio e longo prazo são atendidos em serviços especializados que são retaguarda da APS, como o matriciamento do CAPS, em que os profissionais se deslocam ao território, mas retornam ao serviço para acompanhamento dos casos severos e em crises, especificidade pertinente ao CAPS.

O NASF explicita uma contradição em sua política: uma das características centrais da APS, o acesso universal, não está disponível para a EqNASF. Seu acesso é restrito, tendo como filtro as EqSF, diferentemente do que ocorre nas UBS, em que

qualquer cidadão pode agendar uma consulta com o psicólogo da UBS de sua região, por exemplo.

Além da tensão que o psicológico já vivenciava na APS entre realizar ações curativas e preventivas (Archanjo e Schraiber, 2012), o NASF parece aumentar as tensões vividas pelo profissional no cotidiano do trabalho, em que sua atuação caminha entre a educação em saúde, ações preventivas e a assistência clínica curativa, pois a falta de rede de atenção secundária exige que o profissional do NASF seja a referência de todo o território para as questões pertinentes ao seu núcleo de saber, incluindo o sofrimento mental, que não é da competência dos CAPS, ou seja, a totalidade dos transtornos mentais comuns.

OBJETIVOS:

1. Objetivos Gerais

Analisar a concepção e a prática da atividade de matriciamento para as EqSF realizada pelos psicólogos que trabalham em EqNASF no município de São Paulo.

2. Objetivos Específicos

Analisar como os psicólogos compreendem a atividade de matriciamento no NASF;

Analisar como os psicólogos operam seu trabalho de matriciamento no NASF;

Analisar como os psicólogos compreendem e manejam o aspecto assistencial e pedagógico do matriciamento.

Identificar potências e desafios do matriciamento para a construção da integralidade do cuidado.

MATERIAL E MÉTODO:

Para a proposta deste estudo, a abordagem qualitativa é a que melhor se aplica, visto que busca a compreensão dos sentidos que os profissionais identificam na própria atuação e a identificação de concepções e práticas do trabalho. Como recurso para a análise foi utilizada a Análise de Conteúdo temática proposta por Bardin (2009).

A escolha de tal metodologia condiz com as necessidades de investigação de uma pesquisa qualitativa, a qual visa “captar” a subjetividade dos sujeitos com os seus sistemas de valores, culturas, afetos, comportamentos e representações, proporcionando uma investigação mais aprofundada.

Turato (2005), em estudo comparativo entre os métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa, pontua que a metodologia qualitativa busca o significado que os sujeitos dão à experiência, sendo de interesse do entrevistador a significação do fenômeno vivido pelos participantes, e não a compreensão do fenômeno em si.

"No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde." (Turato, 2005; p.509)

Para o desenvolvimento deste projeto, incorporamos também a compreensão de que o pesquisador não é neutro ao produzir a investigação, conforme exemplifica Merhy (2006), ao falar do "*saber militante*", em que o pesquisador que investiga algo está implicado e é modificado ao longo do processo de investigação por ser também participante do objeto social a ser estudado.

"Ou seja, o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno. Ou mais, ao saber sobre isso mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada." (Merhy, 2006; p.12)

O sujeito investigador carrega em si suas ideologias, valores culturais, afetos e posicionamentos e, ao se debruçar sobre a própria prática, produz novas formas de conhecimento para si e para os outros imersos nesse contexto (Merhy, 2006). Devemos considerar, portanto, que a atuação profissional da autora como psicóloga no NASF desde sua implantação, com todo o acúmulo da experiência vivida, suas inquietações, dificuldades e perspectivas, permeará a análise deste estudo, produzindo autoanálises do agir cotidiano e ampliando a investigação epistemológica por se tratar de uma *"pesquisa militante"*. O autor explicita:

"Por exemplo, como em situações nas quais o sujeito que propõem o que será conhecido está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo estes processos. Enquanto sujeito da ação, enquanto sujeito interessado e que aposta em certas direções para ela e não outras, enquanto sujeito que ambiciona ser epistêmico, mas que quer produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para outros, implicado com o seu lugar na ação sob foco." (Merhy, 2006; p.12)

Essa declaração da não neutralidade da pesquisadora implica certa possibilidade de apreensão da realidade e um esforço da pesquisadora para estranhar seu cotidiano de trabalho e afastar-se, com olhar crítico e não julgador, de uma realidade conhecida para poder investigar o que está para além do já percebido no cotidiano de trabalho. Implica uma disposição de questionar-se durante todo o processo e declarar-se claramente como parte interessada.

1. Participantes da pesquisa

Para participar da pesquisa foram convidados psicólogos que atuam em equipes de NASF de diferentes regiões do município de São Paulo, a fim de garantir a investigação dos diversos contextos dos territórios da cidade. Os critérios para a definição do número de informantes para a pesquisa seguiram a lógica da saturação, em que o conteúdo da fala dos sujeitos foi explorado até seu virtual esgotamento no tema de interesse para a pesquisa, em termos das diferentes perspectivas possíveis. Para tanto, foram convidados quinze participantes, uma vez que exploramos qualitativamente suas respostas.

Foram convidados psicólogos que trabalham em equipes de NASF há pelo menos um ano, mas a preferência foi dada aos que estivessem no programa há mais tempo - pois o acúmulo de experiência da prática diária fornece riqueza para a análise do estudo -, que fossem bem avaliados tecnicamente por seus supervisores/coordenadores - pois buscávamos um profissional que tivesse vivências interessantes para contribuir, pois as experiências avaliadas como ruins/fracas ou medíocres acrescentariam menos ao desenvolvimento da análise e, por fim, que tivessem interesse em participar da pesquisa, a fim de contribuir com o processo investigativo e promover reflexões mais aprofundadas sobre a atuação da profissão.

Em virtude da variedade de atuações das OSS, foram escolhidos sujeitos que atuam nessas diferentes organizações, utilizando como critério a diversidade nas cinco regiões de São Paulo. Buscamos ter ao menos um psicólogo das OSS com maior atuação em APS e também buscamos diversidade entre elas.

2. Considerações éticas

Por ser um estudo com seres humanos, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo (ANEXO I).

Em decorrência de o campo da pesquisa incluir as cinco regiões do município de São Paulo, além de passar pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal, foi necessário passar pelo Comitê de Ética das cinco coordenadorias de Saúde de São Paulo: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Para tanto, foi realizado contato e foram enviados documentos e projeto de pesquisa a essas coordenadorias de Saúde, as quais repassaram a pesquisa para as respectivas supervisões de Saúde dos territórios, que autorizaram a pesquisa após aprovação pelos seus respectivos comitês de Ética.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO II), foram comunicados sobre a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, solicitação de esclarecimentos e sobre a preservação do sigilo.

Após a realização da pesquisa, os resultados serão devolvidos à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, às Coordenadorias de Saúde de São Paulo, às OSS e

aos profissionais participantes, a fim de contribuir com possíveis melhorias no desenvolvimento do trabalho do psicólogo no NASF por meio da entrega de material impresso e participação em reuniões de educação permanentes, conforme solicitado por algumas coordenadorias de Saúde e respectivas supervisões.

3. Instrumento da pesquisa: O roteiro de entrevista

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro norteador elaborado pela pesquisadora para esta finalidade específica, tendo como referência os estudos de Archanjo (2010) e Vannucchi (2011) (ANEXO III). A escolha desta ferramenta ocorreu em virtude da liberdade e da flexibilidade de incluir novas perguntas seguindo a lógica do depoimento dos sujeitos, com o objetivo de garantir a captura das concepções do psicólogo sobre sua prática diária e a própria concepção acerca do trabalho que desenvolve.

O roteiro de entrevista pretendeu recolher informações a respeito de:

- ✓ Concepção, prática e organização do matriciamento: Identificar como os profissionais compreendem o matriciamento, como desenvolvem o matriciamento no cotidiano de trabalho, como se organizam para executá-lo e como percebem seu processo de trabalho em relação à proposta do Apoio Matricial.
- ✓ Ações e atividades que os psicólogos desenvolvem: Identificar o tipo de atividade que os psicólogos desenvolvem, como percebem sua atuação em relação às especificidades do psicólogo, como percebem seu papel em relação à saúde mental e em relação ao que é preconizado pela Portaria Ministerial do NASF e em relação ao que compete à APS.
- ✓ Desenvolvimento de ações compartilhadas com outros profissionais e a relação com as EqSF e as EqNASF: Identificar quais ações são compartilhadas pelos psicólogos e outros profissionais da ESF e da NASF, como desenvolvem essas ações, com quais profissionais compartilham mais as ações, como percebem a

especificidade do trabalho do psicólogo, como compartilham o que não é específico, o que aprendem e o que ensinam, e como avaliam a expectativa do trabalho conjunto.

- ✓ Opiniões críticas acerca do trabalho que desenvolvem: Identificar qual a compreensão dos psicólogos em relação às possibilidades de atuação da profissão, potências e limites dessa prática, em relação às propostas do NASF e atuação na APS.
- ✓ Dificuldades e potências do matriciamento: Identificar como os psicólogos percebem e se relacionam com as dificuldades, os desafios e as potências da proposta de Apoio Matricial e como percebem a relação das dificuldades com sua organização de trabalho.

Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas pré-teste, com o objetivo de verificar a adequação das perguntas para alcançar os objetivos da pesquisa e realizar possíveis modificações, bem como controlar o tempo médio da entrevista. Após essa verificação, não houve mudanças significativas no roteiro, apenas foram retiradas algumas perguntas que estavam vagas e não alcançavam os objetivos.

4. Local da pesquisa

Foram realizadas três entrevistas por região de saúde do município de São Paulo, para garantia da heterogeneidade territorial. Em cada coordenadoria procuramos entrevistar profissionais de diferentes OSS, a fim de garantir a diversidade de atuação e organização do trabalho, conforme o quadro abaixo.

Quadro 3 - Campo da pesquisa

Coordenadorias	Nº de profissionais participantes da pesquisa	Nº de OSS participantes da pesquisa por região
Centro-Oeste	3	2
Leste	3	2
Norte	3	3
Sudeste	3	2
Sul	3	3
Total:	15	12

Pelo fato de algumas coordenadorias possuírem apenas duas OSS que atuam na região, ou pelos profissionais não corresponderem aos critérios de inclusão estabelecidos para a participação na pesquisa, houve a necessidade de entrevistarmos profissionais de uma mesma OSS, porém de supervisões de saúde diferentes, com coordenadores de NASF diferentes.

Foram entrevistados quinze profissionais de nove OSS.

5. Trabalho de campo

Após a aprovação da pesquisa pela Secretaria de Saúde, coordenadorias e supervisões, foram contatados os respectivos coordenadores de NASF para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para entrevistar os psicólogos atuantes nas EqNASF. Foram explicados os objetivos da pesquisa, os critérios estabelecidos, bem como o perfil do profissional necessário para este estudo.

Em seguida, foram definidos os profissionais psicólogos que participariam da pesquisa em conjunto com os coordenadores dos NASF. Foram realizados contatos diretamente com os psicólogos. Após o convite e aceitação da participação, foi agendado local para realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e preferência dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas em UBS, na residência, no consultório do profissional ou em uma cafeteria, de acordo com escolha e preferência dos entrevistados. O trabalho de campo foi realizado no primeiro semestre de 2014. Foram realizadas entrevistas em profundidade, com duração de 1h15min a 2h30min,

totalizando 26h55min de material coletado. Todas as entrevistas foram feitas em um único encontro.

Quadro 4 - Característica das entrevistas

	Duração	Local
E1	2h25min	Consultório
E2	2h05min	Unidade Básica de Saúde
E3	1h30min	Unidade Básica de Saúde
E4	2 horas	Residência
E5	1h15min	Unidade Básica de Saúde
E6	1h35min	Unidade Básica de Saúde
E7	1h40min	Unidade Básica de Saúde
E8	1h45min	Unidade Básica de Saúde
E9	1h25min	Residência
E10	2h30min	Unidade Básica de Saúde
E11	1h15min	Unidade Básica de Saúde
E12	2h20min	Unidade Básica de Saúde
E13	2 horas	Residência
E14	1h40min	Cafeteria
E15	1h30min	Unidade Básica de Saúde

Todos os profissionais foram muito receptivos e se interessaram pelo tema da pesquisa, referindo sua pertinência e importância para o trabalho, como relatado por alguns entrevistados:

"... muito bacana sua pesquisa... importante..." (E8)

"Você está me fazendo pensar... (risos) Legal sua problematização, estou revendo minha prática..." (E12)

"Puxa, que interessante... Depois eu quero ler o seu trabalho..." (E9)

"Não vou dormir à noite... (risos) Vou ficar pensando..." (E13)

Não houve nenhuma dificuldade de contato com os profissionais. Em média, todos se disponibilizaram para a realização da pesquisa na semana seguinte ao telefonema e convite para participação.

Todos os locais das entrevistas foram adequados, ou seja, elas aconteceram em salas fechadas, com pouca interferência de barulho, sem a presença de outras pessoas que pudessem atrapalhar ou prejudicar o sigilo. Em algumas situações, pelo fato de a sala utilizada para a entrevista ser de um outro profissional na UBS, houve breve interrupção de enfermeiros ou médicos, que abriram a porta com a intenção de utilizar a sala. Mas eles se retiraram, porém, quando o psicólogo explicou que estava respondendo à uma pesquisa e que logo desocuparia o local.

Os territórios de atuação são diversos, as UBS em que os psicólogos trabalham têm características diferentes quanto ao número de EqSF e estrutura física.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, categorizadas e analisadas.

6. Percursos da análise

Em um primeiro momento, na etapa da pré-análise, as entrevistas foram lidas por meio da leitura flutuante até a impregnação, com o objetivo de o pesquisador obter um contato direto e intenso com o material coletado. Buscou-se apreender a totalidade das falas dos entrevistados.

Em seguida, houve a exploração do material. As entrevistas foram codificadas e categorizadas para sistematização do conjunto de informações expressas pelos entrevistados. Foram identificadas unidades de registro, por meio de falas e expressões significativas, para definição das categorias de análise.

E, por fim, houve o tratamento dos resultados, que consistiu em análise e interpretação dos dados, correlacionando-os à literatura pesquisada.

A análise do conteúdo tem como objetivo ir “além” do discurso aparente dos sujeitos, buscando significados que a superfície do texto não revela. Bardin (2009) explicita:

“É igualmente - tornar-se desconfiado - relativamente aos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjetivo, destruir a intuição em proveito do - construído -, rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projeção da sua própria subjetividade.” (Bardin, 2009; p.30)

A partir do referencial teórico e da leitura exaustiva das entrevistas, elencamos duas grandes categorias de análise: concepção de matriciamento e prática do matriciamento. A análise se inicia com a contextualização dos participantes e a organização do trabalho que os psicólogos desenvolvem. Em seguida são aprofundadas as categorias em subitens, para melhor compreensão dos elementos observados e analisados. Vale ressaltar que a prática é analisada a partir da fala dos entrevistados e o modo como percebem e compreendem seu trabalho.

As categorias finais foram organizadas conforme a seguir:

1. Caracterização dos participantes
2. Organização do trabalho
  - 2.1. UBS e EqSF apoiadas
  - 2.2. Composição da EqNASF
  - 2.3. Semana Típica de trabalho
    - 2.3.1. Assistência individual: específica e compartilhada
    - 2.3.2. Grupos: específicos e compartilhados
    - 2.3.3. Reuniões de matriciamento
    - 2.3.4. Reunião EqNASF
    - 2.3.5. Educação permanente
    - 2.3.6. Ações intersetoriais e reuniões com outros serviços
    - 2.3.7. Atividades Externas
3. Concepção de matriciamento
  - 3.1. Troca de saber
  - 3.2. Capacitação e supervisão
4. Prática de matriciamento
  - 4.1. Organização do trabalho
    - 4.1.1. Gestão
  - 4.2. Tensões da prática: o cabo de força da assistência específica
  - 4.3. Trocas e capacitação: contribuições do psicólogo ao campo da APS
  - 4.4. Dificuldades da integração e o desafio da clínica psicológica no NASF

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Inicialmente faremos uma breve exposição sobre o contexto dos psicólogos e de seu trabalho, características dos participantes e do seu campo de atuação, a fim de localizar o leitor na organização do trabalho desenvolvido por psicólogos no NASF. A descrição do contexto visa proporcionar maior compreensão das falas dos entrevistados.

1. Caracterização dos participantes

Os dados coletados de identificação dos entrevistados foram: nome, sexo, idade, ano de formação (graduação), realização de especializações ou pós-graduações, tempo de atuação e experiência em APS e NASF e região de atuação.

Dos quinze participantes, seis são do sexo masculino e nove do sexo feminino. Quanto à idade e ao tempo de formação e de atuação no NASF, as informações encontram-se listadas no quadro a seguir:

Quadro 5 - Caracterização dos participantes

	Idade	Ano de Graduação	Tempo de Formação	Tempo no NASF
E1	32	2004	10 anos	5a e 4 meses
E2	31	2007	7 anos	1a e 8 meses
E3	45	1996	18 anos	4a e 6 meses
E4	27	2010	4 anos	2a e 4 meses
E5	31	2006	8 anos	4a e 7 meses
E6	37	1999	15 anos	2a e 3 meses
E7	29	2009	5 anos	2 anos
E8	42	2008	6 anos	3 anos
E9	34	2004	10 anos	5a e 4 meses
E10	58	1980	34 anos	5a e 4 meses
E11	32	2005	9 anos	3a e 6 meses
E12	33	2004	10 anos	2 anos
E13	26	2009	5 anos	2a e 9 meses
E14	31	2008	6 anos	1a e 6 meses
E15	34	2002	12 anos	3a e 6 meses

O ano de graduação variou de 1980 a 2010, tendo três décadas de diferença do profissional com mais tempo de formação em relação ao profissional mais novo. Apenas um profissional se graduou na década de 80; dois se graduaram na década de 90; e o restante a partir de 2002, o que nos mostra que os profissionais, em sua maioria, têm formação de dez anos ou menos.

Cinco profissionais possuíam experiência anterior com APS, sendo um com experiência de estágio com o PSF na graduação, dois com experiência como psicólogos do Programa QUALIS em São Paulo e dois com experiência em matriciamento do CAPS às EqSF.

O tempo de atuação no NASF variou de 1 ano e 6 meses a 5 anos e 4 meses, sendo apenas dois profissionais com até 2 anos de atuação; oito profissionais trabalham de 2 a 4 anos no núcleo; e cinco profissionais atuam no NASF há mais de 4 anos, sendo três atuantes desde a implantação, há mais de 5 anos.

Apenas dois entrevistados referiram não ter curso de especialização ou pós-graduação. Entre os cursos realizados, foram citados:

Quadro 6 - Especializações e Pós-graduações

Aprimoramento em Saúde Mental e Justiça
Aprimoramento em Saúde Pública e Saúde Mental
Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental
Dependência Química
Estratégia Saúde da Família
Gestão de Unidade Básica de Saúde
Jogos Cooperativos
Mestrado em Psicologia Clínica
Mestrado em Saúde Pública
Psicanálise
Psicologia Hospitalar
Psicologia Jurídica
Psicopatologia e Saúde Pública
Terapia Comunitária
Transtornos e Patologias Psíquicas
Saúde Pública

Os cursos realizados pelos psicólogos são pertinentes ao campo de trabalho interdisciplinar, e muitos estão relacionados à saúde coletiva e APS ou à saúde mental. Alguns profissionais relataram que, após a contratação e o início da atuação, identificaram que precisariam se aprimorar e foram buscar cursos de extensão e especialização, como citou um dos entrevistados:

"Eu entrei no NASF e já logo entrei na pós para pensar também nesse âmbito da saúde pública, dos conceitos, da teoria da saúde pública, saúde coletiva e como juntar isso com a teoria que a gente carrega, que vem da psicologia, mas eu ainda não me sinto tão segura de muitas coisas, até por isso procuro supervisão para discutir os casos." (E7)

Todos os profissionais cumprem carga horária de 40 horas semanais, conforme preconizado pela Portaria Ministerial. Todos os profissionais trabalham em OSS conveniadas à Prefeitura de São Paulo, tendo participado de processos seletivos institucionais - não houve concurso público para a contratação.

Dos quinze participantes, nove referiram saber que a vaga era para o NASF e ter interesse no trabalho, e seis referiram não saber o que era o NASF quando participaram

do processo seletivo. O fato nos alerta para a forma de contratação utilizada pelas OSS para o preenchimento das vagas e para a escassez de profissionais interessados em APS.

A fala de dois entrevistados merece destaque pelo desconhecimento do trabalho que iriam iniciar:

"Até porque no processo seletivo as coisas não foram ditas, não foram explicadas. Eu fiz um processo seletivo para outra área, que era para psicóloga da medicina do trabalho, e aí um dia me ligaram e era para trabalhar no NASF. Eu não sabia nada o que era isso, porque eu estava extremamente focada em hospital. Na verdade, eu não conhecia a proposta de NASF e aí... Foram várias dificuldades, o tipo da população. Eu trabalhava em um hospital classe A, atendia pessoas de outro nível social. Quando eu cheguei aqui eu me deparei com várias coisas que eram sociais e eu não conhecia da vida profissional, isso me chocou um pouco." (E6)

"Quando eu vim para cá eu tinha passado em outro processo seletivo para trabalhar com o projeto saúde na escola. Aí: 'oh, surgiu uma vaga, mas não é para o saúde da escola é para o NASF'. E aí eu aceitei, mas assim, meio cru, eu não tinha uma ideia clara do que era." (E8)

Se considerarmos que o NASF é um programa novo, por ter seis anos de implantação em São Paulo, é compreensível não haver profissionais capacitados para a proposta do Apoio Matricial no período da contratação inicial, entretanto, alguns dos profissionais referiram que a nova proposta de atuação os fez buscar cursos para qualificar seu trabalho. A falta de clareza e entendimento sobre o Apoio Matricial também foi identificada na pesquisa de Ballarin et al. (2012) com profissionais de Campinas.

O que nos chamou atenção nesta pesquisa foi a falta de conhecimento e experiência de alguns psicólogos em APS. Concomitantemente, pudemos observar que alguns profissionais conheciam a proposta do NASF, ou porque tiveram contato na graduação e gostaram ou porque tiveram experiência anterior com Apoio Matricial e desejaram o trabalho. O interesse pelo trabalho com saúde pública e APS foi o que mais mobilizou.

"Na verdade, eu sempre pensei em trabalhar na atenção básica, eu sempre pensei em trabalhar no NASF. Na faculdade mesmo eu comecei a pesquisar os locais de trabalho e fiquei muito interessado no trabalho, no NASF. E aí eu comecei, desde o final da minha faculdade, a estudar as políticas públicas, estudar as leis para

conseguir passar em algum concurso. Logo que eu me formei teve um processo seletivo, aí eu comecei. Eu sempre gostei dessa questão da saúde pública, sempre gostei do trabalho público, muito mais do que o trabalho privado." (E4)

"Eu fazia estágio no ambulatório e achava que deveria existir alguma coisa como o NASF, que na minha cabeça faria a ponte do trabalho que eu fazia com as unidades de saúde. A gente atendia muitas demandas, e eu pensava: mas, gente, isso não é uma questão de atenção secundária, isso é uma questão de atenção básica. Se essa pessoa tivesse algum outro vínculo perto da onde ela mora, ela não precisaria estar aqui, a gente já liberava essa vaga para essa fila. A gente tinha fila de espera e pode ser que tivesse gente que estava precisando disso, de uma atenção especializada. Mas também a gente não tinha referência nenhuma, não tinha ninguém no território com quem conseguisse discutir, ninguém topava, quando ia parecia que a gente estava cobrando (...). Daí, quando eu cheguei em São Paulo, já tinha essa de NASF. Na especialização as pessoas já ficavam falando de NASF, eu ficava curiosa de entender o que era, mas para mim essa sigla não queria dizer nada. Daí a gente foi tendo aula, eu fui entendendo teoricamente, eu fui tendo alguma noção, e quando eu comecei a trabalhar no NASF é claro que era bem diferente da minha cabeça, das aulas, nas ideias que eu tinha, enfim." (E13)

Os relatos revelam a importância de incluir a discussão sobre APS e trabalho compartilhado no ensino, pois essas discussões são pouco presentes na graduação.

Todos os profissionais, de forma geral, referem gostar do trabalho no NASF, da proposta do Apoio Matricial e da potência do trabalho em equipe, apesar de citarem dificuldades e desgastes.

A diversidade de idade, ano de formação e interesse pelo trabalho chama atenção na caracterização dos participantes. O acúmulo de experiência de trabalho não foi pré-requisito em suas contratações, e a maioria dos entrevistados iniciou sua atuação em APS com a entrada no NASF. Grande parte dos profissionais é jovem, com formação recente e com especialização na área da saúde.

2. Organização do trabalho

Em relação à organização do trabalho, foram considerados os dados: número de UBS apoiadas, número de EqSF apoiadas, composição da equipe que integra o NASF, organização do matriciamento, logística, número de reuniões de matriciamento, tempo de reunião e semana típica de trabalho com as atividades realizadas pelos psicólogos.

2.1. UBS e EqSF apoiadas

Quadro 7 - Número de UBS e EqSF apoiadas pelas EqNASF

Psicólogos	UBS	EqSF
6	2 ou 3	8 ou 9
9	1 a 6	10 a 14

A maioria dos psicólogos trabalha com dez ou mais EqSF, em mais de uma UBS. Inicialmente, a Portaria que criou o NASF (Brasil, 2008b) propôs que as equipes de NASF poderiam apoiar de oito a vinte equipes de Saúde da Família. Em 2012, nova Portaria (Brasil, 2012) foi publicada, redefinindo esses parâmetros para um mínimo de cinco e um máximo de nove equipes a serem apoiadas, mas, como observamos, o município de São Paulo mantém alguns dos seus NASF apoiando o mesmo número de EqSF de quando o programa foi implantado.

Nas entrevistas observamos relatos de alguns entrevistados que apoiavam um número grande de EqSF, e que, a partir da nova proposta (Brasil, 2012), sua OSS reorganizou o funcionamento, como explicitam dois dos entrevistados:

"É, são oito [número de EqSF], com essa nova Portaria, a gente já chegou a ter 19 equipes. Era bem difícil trabalhar com 19 equipes. Eu cheguei a pegar uma fase pouca, peguei quase um ano, acho que tem um ano mais ou menos que diminuíram as equipes. 19 equipes é difícil... Com essa redução a gente teve ganhos." (E7)

"São duas UBS, 9 equipes. Antes nós ficávamos com 11, mas aí teve aquela mudança de Portaria em junho do ano passado, aí nós perdemos uma UBS. A gente fica três dias por semana na outra UBS, que tem 6 equipes, e aqui são 3, nós ficamos duas vezes." (E6)

Há EqNASF, porém, que não reduziram o número de EqSF que matriciam, como explicita o entrevistado:

"A primeira [UBS] são sete equipes e a segunda são cinco equipes. Você vê que São Paulo não entrou nessa última Portaria, né? Ainda não. Então seriam nove equipes que eu... São doze ao todo agora, mas o máximo nessa última Portaria agora seriam nove, se eu não me engano. E aí não entraram justamente por causa disso. Pelo menos é o que nos falam, né? Que não há verba da prefeitura para conseguir contratar, eu não sei..." (E4)

Identificamos uma diferença de organização de acordo com a administração das OSS dos diferentes territórios, em que uma parte delas permaneceu atuando com a Portaria inicial da criação dos Núcleos (Brasil, 2008b). O que observamos é que essa situação gera sobrecarga em uma parte das EqNASF e não há transparência sobre como é feita a responsabilização e a fiscalização das OSS.

2.2. Composição da EqNASF

Quanto à composição das EqNASF, identificamos uma grande variedade.

Quadro 8 - Profissionais citados que integram as EqNASF

Coordenador e Auxiliar administrativo
Assistente social
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Médicos de especialidades gerais
Nutricionista
Profissional da Educação Física
Psicólogo
Terapeuta ocupacional

Todas as EqNASF são coordenadas por um profissional designado exclusivamente para isso, porém, de acordo com a diretriz municipal, esse coordenador pode ser responsável por mais de uma EqNASF, o que é heterogêneo entre as OSS. Todas as equipes têm também em sua composição um auxiliar administrativo. O coordenador de NASF é uma especificidade do município de São Paulo, não foi preconizado pela diretriz ministerial e é considerado uma conquista pelo município. Tem como função facilitar a relação das EqSF e EqNASF, organizar o processo de trabalho dos profissionais, monitorar a produção e promover a transdisciplinaridade (São Paulo, 2009).

O número de profissionais por EqNASF variou de seis a quinze integrantes, mostrando a diferença e a desigualdade de possibilidades de atuação de acordo com a região de atuação e OSS contratada. Não encontramos nas entrevistas e nos documentos pesquisados os critérios de escolha do número de profissionais e profissões para cada EqNASF, o que sugere que essas escolhas não se basearam na vulnerabilidade do

território de atuação ou em seu perfil epidemiológico. Essa desigualdade é reconhecida pelos profissionais:

"Minha equipe é bem grande, a diversidade é maior do que de outros NASF do município de São Paulo... Não sei nem se geriatra está nesta nova Portaria, não me lembro, mas na época inclusive tinham dois profissionais [médicos] que nem estavam na Portaria." (E1)

"... não tem nenhum médico... não temos mais TO." (E6)

Essa diferença na composição chama muito atenção, pois a profissional E6, que refere não ter médico e Terapeuta Ocupacional (TO) em sua equipe, trabalha na equipe de NASF que apresentou o menor número de integrantes e atua justamente em um território de destacada vulnerabilidade na extrema periferia de São Paulo, o que não condiz com a definição da Portaria que propõe a composição das equipes baseadas nas necessidades locais:

"§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações." (Brasil, 2008b; p.3)

Verificamos que, apesar de prescrita a composição dos NASF de acordo com as necessidades locais, as configurações das equipes não correspondem ao que os psicólogos identificam como prioridade. Como não há transparência sobre a definição da escolha de profissões por EqNASF, não há como avaliarmos se a dificuldade de contratação de alguns profissionais se dá pelas contingências do mercado de trabalho ou pela decisão dos gestores e OSS.

2.3. Semana típica de trabalho

De forma breve, vamos relatar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos comparando o trabalho real com o trabalho prescrito pelos documentos do Ministério da Saúde. Em relação à semana típica de trabalho, os profissionais, de modo geral, têm uma rotina que contempla o previsto na Portaria: reuniões com EqSF, reuniões com EqNASF, educação permanente, ações intersetoriais, grupos específicos e compartilhados, consultas específicas e compartilhadas, visitas domiciliares específicas

e compartilhadas. Há diferenças, porém, na participação e na organização da rotina de trabalho que serão detalhadas e discutidas na análise.

No trabalho do NASF, os termos *específico* e *compartilhado* merecem esclarecimento. As situações nas quais o profissional (independentemente da profissão) realiza a consulta sozinho são consideradas atendimento específico. O específico aqui não diz respeito à especificidade da demanda e à necessidade do caso, mas, sim, ao profissional atender sozinho sem compartilhar com outros profissionais com formação universitária, seja da ESF, seja do NASF. Essa lógica também se refere às visitas domiciliares e aos grupos. Nos registros de produção do município de São Paulo, tanto as intervenções com os ACS como com os auxiliares ou técnicos de enfermagem não são consideradas compartilhadas.

O termo compartilhado, portanto, será utilizado em situações em que há mais de um técnico de nível superior intervindo em conjunto, seja em consulta, seja em visita domiciliar, seja em grupo.

Veja-se que a forma como as ações são registradas não diz respeito à especificidade do saber mobilizado, mas à atuação individual do profissional de nível superior ou atuação em conjunto, quando mais de um profissional maneja o caso conjuntamente, na mesma consulta ou grupo. Há estímulo ao trabalho compartilhado, o que potencialmente ampliaria o olhar sobre os casos. Por outro lado, os profissionais de nível médio não são considerados na construção compartilhada, em que o seu trabalho é desqualificado e desvalorizado na equipe. Mas, como veremos, essa forma de registrar os atendimentos presta-se a diversas interpretações e também cria problemas.

2.3.1. Assistência individual: específica e compartilhada

Todos os profissionais referiram realizar consultas específicas e compartilhadas e visitas específicas e compartilhadas. Há, porém, diferenças entre os profissionais entrevistados no que se refere à frequência, ao sentimento de adequação ou à dificuldade da prática compartilhada e específica. Isso se dá por diferentes motivos: pela própria dificuldade da proposta de Apoio Matricial, que propõe uma mudança de organização do cuidado, pela concepção e disponibilidade do próprio psicólogo e profissionais das equipes, pela disponibilidade da EqSF, seja por sua agenda

sobrecarregada, seja pela descrença na proposta do Apoio Matricial, e pela habilidade ou inabilidade da gestão de construir um trabalho colaborativo.

Tais aspectos serão explorados e aprofundados na categoria *Prática de matriciamento*.

2.3.2. Grupos: específicos e compartilhados

Em relação à participação em grupos e oficinas, todos os profissionais participam ou conduzem atividades em grupo. Há grupos específicos do psicólogo, grupos compartilhados somente com EqNASF e grupos compartilhados com EqSF.

Dos quinze participantes da pesquisa, cinco realizam grupos específicos. A tabela a seguir mostra os grupos específicos realizados somente pelo profissional psicólogo.

Quadro 9 - Grupos específicos

Adolescentes
Homens
Jovens (fobias sociais e depressão)
Psicoterapia para mulheres
Psicoterapia para mulheres (com transtorno de personalidade)
Psicoterapia para mulheres (depressão e ansiedade)
Psicoterapia (para adultos)
Psicoterapia (infantil)
Relaxamento

Os grupos específicos mostram a necessidade do cuidado assistencial contínuo para casos com queixas leves e moderadas que demandam cuidado psicoterapêutico especializado.

Contudo, os grupos, em sua maioria, são realizados entre os integrantes da EqNASF, dado que corrobora com os achados de Lancman (2012). Segue abaixo o quadro com os tipos de grupo realizados pelo psicólogo com a participação apenas da EqNASF citados pelos entrevistados:

Quadro 10 - Grupos dos psicólogos com EqNASF

Adolescentes
Alimentação saudável / Nutrição
Bem-estar e Momento relax para funcionários / Cuidado com ACS
Crescer e aprender
Crianças com dificuldade de fala
Dança circular
Estimulação cognitiva e desenvolvimento da linguagem
Fazendo arte
Idosos
Lian-Gong
Movimentação de corpo e dança
Mulheres
Oficina lúdica
Orientação para pais
Pais e crianças
Práticas corporais
Recriando dificuldade de aprendizado
Sala de espera
Saúde mental
Terapia comunitária
Terapia corporal

Os grupos compartilhados com os profissionais do NASF são bastante diversos, com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e também no cuidado assistencial, o que mostra uma ampliação da atuação do psicólogo, que, além de explorar outras possibilidades de ação, inclui outros saberes no desenvolvimento de seu trabalho.

Os grupos compartilhados com a ESF são, em sua maioria, intervenções temáticas e pontuais em grupos que fazem parte da rotina do planejamento em saúde da APS, como os grupos voltados para diabéticos, hipertensos, gestantes, planejamento familiar e caminhada. Os psicólogos referem participar de alguns grupos permanentes com enfoques mais específicos. Seguem os grupos citados:

Quadro 11 - Grupos dos psicólogos com a EqSF

Acolhimento em Saúde Mental
Acolhimento Álcool e Drogas
Adolescentes
Alô Bebê
AMG (automonitoramento glicêmico)
Arteterapia
Café fotográfico
Caminhada
Circuito de avaliação para crianças
Dor crônica
Filme para a comunidade
Hipertensão
Hiperdia (Hipertensão e Diabetes)
Gestante
Oficina Lúdica
Pais e Crianças
Palestras nos grupos: Saúde da mulher, do homem, da criança
Passeios
Planejamento Familiar
Saúde Mental e psicoterapia
Tabagismo
Tai Chi Power com Zumba
Terapia Comunitária

A diversidade dos grupos chama atenção, bem como a possibilidade da criação de parcerias que o psicólogo pode construir. Sua atuação abarca uma complexidade que perpassa grupos preventivos e de promoção à saúde compartilhados com a EqSF a grupos específicos de assistência psicoterapêutica. A participação conjunta com outros profissionais em ações do campo da APS mostra avanços na atuação do psicólogo e uma flexibilização do profissional em construir novos espaços de cuidado em saúde.

2.3.3. Reuniões de matriciamento

As reuniões em que as EqSF, em conjunto com as EqNASF, discutem casos são nominadas *reuniões de matriciamento*. Nessas reuniões são discutidos casos, intervenções, propostas de grupos, ações comunitárias, educações permanentes, articulações com outros serviços de saúde e reuniões intersetoriais.

O quadro a seguir mostra o modo como cada psicólogo e sua respectiva EqNASF se organizam para a realização das reuniões de matriciamento:

Quadro 12 - Reuniões de matriciamento

	Formas de organização das EqNASF nas reuniões de matriciamento com as EqSF:	Participação do psicólogo	Frequência das reuniões com cada EqSF	Duração
E1	Trio de referência fixo (há troca quando há necessidade após avaliação do NASF)	Em quatro EqSF	1x por semana ou 2x por semana	2 horas 1 hora
E2	Todos os profissionais que trabalham no horário da reunião participam	Em todas as reuniões	2x por mês (quinzenais)	1 hora
E3	Todos os profissionais que trabalham no horário da reunião participam	Em cinco EqSF (pois faz grupos nos outros horários)	2x por mês (quinzenais)	1 hora
E4	Todos os profissionais participam de todas as reuniões, com exceção dos médicos, o ginecologista e o psiquiatra matriciam sozinhos quando as equipes sentem necessidade	Em todas as reuniões	1x por mês	2 horas
E5	Um profissional fixo de referência + Um profissional que rodizia semanalmente	Em uma EqSF fixa (e rodizia em outras EqSF)	1x por semana	1 hora
E6	Duplas que rodiziam: cada profissional fica 2 meses em cada equipe, intercalando com outros profissionais (no segundo mês, um dos profissionais rodizia. No terceiro mês, o primeiro profissional sai, o que chegou depois fica, e assim segue)	Em três EqSF	2x por semana (uma reunião para casos novos, a outra para rediscussão)	1 hora
E7	Dividido em três núcleos temáticos: Saúde Mental Saúde da Mulher e da Criança Reabilitação e Saúde do Idoso + uma reunião de rediscussão	Nos núcleos de: Saúde Mental; Saúde da Mulher e Criança; e reunião de rediscussão	1x por mês cada núcleo 1x por mês rediscussão	1 hora

	Formas de organização das EqNASF nas reuniões de matriciamento com as EqSF:	Participação do psicólogo	Frequência das reuniões com cada EqSF	Duração
E8	Um profissional fixo de referência + Um profissional que rodizia semanalmente	Em duas EqSF fixo (rodizia em outras EqSF)	2x por semana (uma para casos novos, a outra para devolutivas)	1 hora
E9	Duplas de referência fixas por um ano (depois trocam)	Em três EqSF	1x por semana	1 hora
E10	Duplas de referência fixas (raramente trocam)	Em quatro EqSF	1x por semana ou 2x por mês (quinzenal)	1 hora 2 horas
E11	Duplas de referência fixas (evitam trocas)	Em três EqSF	1x por semana ou 2x por mês (quinzenal)	1 hora 4 horas
E12	Divididos em dois núcleos temáticos: Saúde Mental e Reabilitação	No núcleo de Saúde Mental	1x por mês cada núcleo	2 horas
E13	Todos os profissionais participam de todas as reuniões	Em todas as reuniões	1x por mês	2 horas
E14	Dividido em quatro núcleos temáticos: Saúde Mental Saúde do Adulto Saúde da Criança Reabilitação	Nos núcleos de Saúde Mental e Saúde do Adulto	1x por mês cada núcleo	1 hora
E15	Se dividem em quatro eixos temáticos: criança, adulto, idoso e tema "coringa" (A equipe toda participa de todas as reuniões)	Em todas as reuniões	1x por semana cada eixo	1 hora

A frequência e a duração das reuniões com as EqSF variam muito. Podem ser realizadas semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, de acordo com a organização citada acima. Podem variar de uma a quatro horas de duração.

Essa grande variedade de formas de organização em um mesmo município mostra que a proposta do Apoio Matricial permite diferentes interpretações. As equipes e respectivas OSS tiveram liberdade de construir o arranjo que desejaram, pois a forma de organização não foi prescrita nos documentos federais e municipais. O número de relatos dos profissionais em relação às mudanças desses arranjos nos últimos anos sugere que as composições encontradas ainda são flexíveis e mudam bastante, talvez na tentativa de estabelecer um modelo mais estável e eficiente. Chama atenção que a escolha dos matriciadores independa dos casos discutidos e que as EqSF necessitem de apoio.

Em nossa opinião, a compreensão da necessidade de compor saberes específicos direcionados aos casos e partilhar saberes é o que deveria orientar a escolha dos profissionais chamados para cada caso e, se isso não estiver claro, como não parece estar nos arranjos observados, não haverá arranjo ideal.

A logística das equipes expressa em si concepções sobre o matriciamento, práticas e visões sobre núcleo e campo de competência, portanto, por causa de sua importância, será explorada com mais profundidade na categoria de análise *Práticas de Matriciamento*.

2.3.4. Reunião EqNASF

Todos os profissionais referiram participar das reuniões específicas da EqNASF. As rotinas dessas reuniões também são diversas: podem ser realizadas uma hora por dia (duas ou quatro vezes por semana); um dia por semana, com duração de quatro horas; uma ou duas vezes por mês, com duração de oito horas. Em algumas reuniões há a presença da coordenação e, em outras, essa participação se dá quando há necessidade e os profissionais a solicitam. Há também profissionais que se reúnem com outras equipes de NASF da mesma OSS.

2.3.5. Educação permanente

A educação permanente é citada como uma atividade realizada pela maioria dos psicólogos entrevistados, porém, não há horário fixo determinado, apenas dois profissionais a citaram como uma atividade planejada anualmente, com quatro encontros programados para o ano ou mensais. Em geral, esse espaço é reservado quando há solicitação da EqSF e pode ser realizado nas próprias reuniões de matriciamento ou em horários extras organizados para essa finalidade.

2.3.6. Ações intersetoriais e reuniões com outros serviços

As ações intersetoriais realizadas pelos psicólogos demonstram uma articulação de rede em consonância com o que está preconizado pelo Ministério da Saúde. Apenas dois profissionais não referiram reuniões com outros serviços da rede.

Segue o quadro com as articulações e reuniões que os psicólogos referiram participar.

Quadro 13 - Reunião com outros serviços de saúde e rede intersetorial

Conselho Gestor da UBS e Supervisão
Conselho Tutelar
Intervisão de Terapia Comunitária
Fórum de Saúde Educação
Fórum de Saúde Mental
Polo de Saúde Mental da região
Rede NIR (Reabilitação)
Rede NISA (Reabilitação)
Rede de Saúde Mental
Rede Social da região
Rede Socioassistencial
Reunião com APD (Programa Acompanhante de Saúde da pessoa com deficiência)
Reunião com CAPS
Reunião com CAPS e CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa)
Reunião com CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)
Reunião com escolas
Reunião com Supervisão de Saúde da região
Reunião Intersetorial
Reunião com Núcleo de medidas Socioeducativas

A participação dos psicólogos na articulação com outros serviços e com a rede intersetorial mostra a implicação dos profissionais em ampliar os cuidados para maior resolutividade e qualidade da APS, que se constrói no território com muitos atores e serviços. Entre as ações citadas, destacamos a intensa articulação com os CAPS, com reuniões periódicas e compartilhamento de visitas domiciliares. Tal participação está em consonância com a Portaria do NASF (Brasil, 2008b), que preconiza que as ações de saúde mental devem ser feitas dentro da rede de cuidados com ênfase na articulação com os CAPS, por também serem territorializados.

A participação em redes intersetoriais e reuniões mostra a ampliação da atuação do psicólogo, que não está centrada somente em adoecimentos e questões relacionadas aos transtornos mentais, mas também com trabalhos de prevenção em escolas e um olhar para questões de caráter social condizentes com sua atuação em APS.

2.3.7. Atividades externas

Os psicólogos também relataram a realização de atividades externas à UBS.

Segue o quadro com as intervenções citadas:

Quadro 14 - Atividades externas

Grupo de adolescentes no CCA (Centro da criança e do adolescente)
Grupo de adolescentes no CJ (Centro da juventude)
Grupo de alimentação saudável na escola
Grupo de consciência corporal na escola
Grupo de estimulação auditiva na escola
Orientação para professores em escolas e creches
Orientação para educadores em abrigos
Projetos de prevenção de gravidez na escola
Projeto de sexualidade na escola
Trabalho sobre <i>bullying</i> nas escolas

As atividades citadas como externas apresentam caráter de promoção à saúde e de prevenção de doenças com grupos em escolas, abrigos e centros de convivências focados no público infantojuvenil (crianças e adolescentes). É interessante observar, entretanto, que a maioria dessas atividades é realizada sem a participação da ESF, explicitando a dificuldade de integração das equipes.

3. Concepção de matriciamento

A concepção do Apoio Matricial/matriciamento terá impacto direto no modo como os profissionais organizam e manejam as questões do trabalho no cotidiano.

Duas concepções apareceram nos relatos dos entrevistados de forma significativa:

- 1) A concepção do matriciamento como *troca de saber*;
- 2) A concepção do matriciamento como *capacitação e supervisão*. Alguns profissionais escolhem entre uma e outra concepção, outros contrastam as duas e buscam distanciar-se ou aproximar-se de uma delas.

3.1. Troca de saber

A ideia de troca de saber se aproxima dos referenciais teóricos que embasam a noção de matriciamento (Campos,1999), que indica horizontalidade nas relações entre os profissionais, discussão de casos e construção de conduta conjunta.

"Eu entendo como uma reunião técnica que tem que existir a troca de saberes, o pensar juntos, as discussões de casos, no intuito de identificar demandas, identificar necessidades, de buscar estratégias de intervenções em conjunto, no trabalho em conjunto." (E2)

"Matriciamento é essa troca de saberes, essa horizontalidade que a gente não tem hierarquia nenhuma com os profissionais da Estratégia. É uma troca de saberes que os especialistas vêm com um olhar da área específica, mas eles também, a Estratégia traz bastante informações da saúde do usuário, da saúde da família, dele como um todo, e daí tem essa troca de saberes e uma construção de ações em conjunto, sempre pensando nessa proposta de ações em conjunto, a gente nunca está sozinho no NASF, né?" (E7)

Alguns dos profissionais entrevistados destacam a troca de saberes pontuando aprendizados e o quanto são matriciados também e expõem disponibilidade para a abertura no encontro com o outro.

"Então... porque eu também sou matriciada, então acho que é a troca. O matriciamento se dá nessa troca que a gente faz. De você falar pra mim o que você conhece daquilo que você está me trazendo, e eu vou pensando em cima do seu conhecimento misturado com o meu. E aí

acho que, o matriciamento, eu acho que ele se dá nesse encontro." (E10)

"Às vezes eu faço perguntas que eu não faria como psicóloga, se dorme bem, se se alimenta bem, são coisas que poucas vezes a gente faz essa pergunta em uma anamnese. Depende, se for criança, tudo bem, agora, têm perguntas tão objetivas dos médicos e dos enfermeiros, dos psiquiatras, que a gente também aprende a importância delas, né? E eu acho que é um pouco isso, você também conseguir abrir um pouco mais a sua clínica. Nossa, antes de eu entrar na APS eu não entendia nada de hipertensão, diabetes, um monte de coisas, não que eu vou ser enfermeira, mas eu já consigo, às vezes com criança ou mãe, eu já consigo fazer uma conduta com relação à alimentação, sabe, alguma coisa mais simples assim, entende?" (E12)

A concepção de troca de saberes, porém, é também vista como ideal e um pouco utópica, sendo difícil sua efetivação. Um dos profissionais critica a dificuldade prática da proposta, apesar de reconhecer a sua riqueza.

"Então, eu acho que... é... Ela [a proposta do NASF] é muito rica e interessante, mas eu vejo que tem uma distância muito grande entre a teoria e a prática, acho que é muito bonito isso de você poder compartilhar tudo e tentar ver o ser humano de uma forma mais transdisciplinar com a contribuição de todo mundo, mas eu acho um pouco difícil isso na prática. Apesar de ter esse apoio e essa parceria com minha equipe, eu acho que com os médicos, as equipes [ESF] mesmo, médicos, enfermeiros, ACS, é mais difícil essa coisa que acontece nas reuniões de equipe, esse compartilhar... De efetivamente fazer o trabalho acontecer com a participação de todo mundo; eu penso que acaba ficando mais para a gente [NASF] mesmo..." (E5)

A psicóloga se queixa de que a EqSF não assume o compartilhado e compreende que a tarefa da assistência não é sua, aspecto que será aprofundado mais adiante.

Há outros profissionais que destacam obstáculos entre o que é proposto e o que de fato é possível construir no cotidiano do trabalho.

"Se pudesse existir uns espaços garantidos para melhorar a comunicação, porque eu também vejo que é isso, a gente tem esses poucos espaços, mas a comunicação fica muito cheia de ruído, truncada, assim, sabe? Eu acho que é pouco tempo uma hora para capacitações pontuais, e as pessoas sempre falam: 'é, nossa, a gente faz, realmente as coisas acontecem como está escrito aí [na Portaria NASF]'... E, de verdade, eu acho que não acontece, e nem sei se vai acontecer, mas eu penso que se pudessem garantir outros espaços para ter essas discussões, para que essa proximidade ocorresse de fato, que talvez pudesse melhorar assim..." (E5)

"Compartilhado com a Estratégia, engraçado isso... né? A gente é apoio para a Estratégia e trabalha mais com o NASF, é isso mesmo. A Estratégia a gente faz pouca coisa, são poucos os trabalhos que a gente faz. Porque eles parecem que estão tão atarefados e preocupados com aquilo que eles têm que fazer, com as metas que eles têm que bater que eles veem a gente mesmo como uma válvula de escape e às vezes não dão muita abertura para a gente." (E4)

O desejo do fazer junto e trocar saberes é expresso de forma intensa nas concepções sobre matriciamento, contudo, ao explorarmos as ações desenvolvidas identificamos que esse desejo dificilmente se concretiza. Há uma valorização da troca, porém, é difícil implementá-la.

Observamos que muitos profissionais falam do que ensinam e poucos falam do que aprendem. A troca almejada apresenta-se como via de mão única, em que os profissionais do NASF ensinam a EqSF, porém, pouco reconhecem o conhecimento que a ESF pode proporcionar.

Outro aspecto em destaque nos relatos dos profissionais que enfatizam a troca de saberes é a rejeição da ideia de capacitação em que os matriciadores dizem aos outros o que devem fazer.

"Tenho críticas ao modelo tradicional do NASF em que a única função é então virem aqui e dizerem o que fazer, acho que precisaria ter uma atuação mais próxima, de não ser só aqueles que são chamados para pensar sobre, e aí não virar uma divisão de trabalho: os que pensam e os que fazem." (E14)

Essa postura dos que pensam e os que fazem gera uma posição mais vertical na relação entre os profissionais e equipes, gerando dificuldades ao trabalho compartilhado e colaborativo, o que corrobora com os achados da pesquisa de Oliveira (2013), que identificou uma postura hierárquica entre as equipes NASF e ESF "daqueles que sabem" - o NASF - e "aqueles que devem aprender" - a ESF.

Para o psicólogo a troca entre ESF e NASF se dá também com a divisão de tarefas em que os profissionais do NASF precisam compartilhar a assistência. Vamos explorar essa tensão na categoria *Tensões da prática: o cabo de força da assistência específica*, em virtude de seu impacto e das consequências do trabalho conjunto.

3.2. Capacitação e supervisão

A concepção do matriciamento como capacitação traz uma ideia mais vertical da passagem de saberes, pois quem capacita detém um saber que o outro não tem, mas necessita. Alguns profissionais demonstraram ter essa concepção sem crítica.

"Então, antes, quando eu entrei, eu achei que seria uma coisa muito mais assistencialista. Hoje eu acho que o meu maior papel é de ser matriciadora, sabe? De explicar, mesmo que seja explicar 200 mil vezes a mesma informação, mas acho que é isso de ensinar essas pessoas a trabalharem de uma forma, enfim (...) Eu acho que não é só uma capacitação, acho que também é uma coisa de uma sensibilização, assim, matriciador para mim é meio que formador de opinião, sabe? De explicar, de pegar..." (E6)

"Então, acho que é um trabalho de apoio em relação ao que a equipe percebe, é um trabalho de ajudar a equipe a perceber coisas que eles não foram treinados, ou não estão acostumados. Eu digo que às vezes eu acho que é um trabalho de supervisão, às vezes eu acho que é um trabalho de, não sei, quase educativo mesmo." (E13)

Supervisão é um termo também associado à concepção de matriciamento menos horizontal e mais vertical, de passagem de conhecimento em que há hierarquia estabelecida. Buscando adaptar-se ao proposto pelo programa, há uma crítica importante entre muitos dos entrevistados sobre essa concepção e uma rejeição da ideia de verticalidade.

"Quando eu vejo supervisão, é que eu estou em um patamar que existe uma pessoa trabalhando e eu estou falando: 'faz isso, faz aquilo, faz aquele outro'. Como se eu estivesse em outro patamar e a pessoa em um nível inferior a mim, aprendendo aquilo que eu já sei, sou especialista, enfim. No matriciamento nós somos pares e nós trocamos informações, entendeu? Ao invés que na supervisão eu dou a informação, eu falo para ele o que ele deve fazer, eu sou o professor dele, sou um supervisor dele, sou um preceptor dele, entendeu?" (E4)

"Acho que matricular você está junto, supervisão você meio que só... Você até está junto, mas de um jeito diferente, você está sempre de fora. No matriciamento você está dentro, está trazendo coisas novas, você está fazendo... Acho que tem muito mais troca e você está fazendo junto, você está pondo a mão na massa também, né? E, quando supervisiona, você vai dando diretrizes, você vai orientando, vai dando caminhos. Supervisão não, você não está ali no dia a dia, você não está junto, eu acho que essa é uma diferença." (E2)

Há compreensões divergentes sobre o Apoio Matricial e, portanto, da tarefa que o matriciador deve realizar. Supervisão pode ser, para um entrevistado com formação psicanalítica, sua participação nas discussões de caso, em que ele assume como tarefa problematizar, desconstruir e questionar o saber da EqSF.

"Dentro do conceito de Apoio Matricial eu não vejo como complementaridade, mas eu vejo muito mais do apoio como esse... de novo, o apoio num lugar que vai questionar aquele saber, aquela certeza, aquele modo, aquele status quo da coisa, naquele vício que se estabelece, dando sempre uma cutucada naquilo, para aquilo se... ter um novo arranjo, e aí se desarranja e depois se arranja de novo de uma nova forma. Acho que é um lugar meio constante, a função do apoio é muito essa." (E1)

"Supervisão não sou eu que vou falar... Supervisão não é falar 'faça isso, então, dê esta resposta para o seu paciente'. Supervisor é aquele cara que sempre está lá dando uma cutucadinha, assim, aqui, questionando aqui, será? É a posição do analista também, supervisor também tem essa posição... Mas eu considero, o NASF também é colocado nessa posição." (E1)

Enquanto a Estrutura Matricial é pensada como a junção de especialistas para o desenvolvimento de uma tarefa de forma horizontal, na concepção de alguns profissionais do NASF há uma tensão entre o reconhecimento da importância da horizontalidade, uma necessidade de repasse de conhecimento específico para o qual há grande demanda, e de afirmar superioridade técnica. Mesmo nos relatos em que o matriciamento é visto como troca de saber há intenção de orientar o outro a um saber específico e a um jeito "certo" de fazer.

"Engraçado que a gente discute sempre esse conceito, né? (risos) Cada hora a gente entende de um jeito diferente. Eu entendia o matriciamento como... Não sei se posso usar uma expressão... Eu ia dizer que a gente multiplica os saberes. Então, assim, um caso é apresentado, a gente discute, orienta, trabalha alguns conceitos, informa algumas coisas para que todo mundo se aproprie, então, 'olha, quando acontece esse tipo de coisa, normalmente pode ser isso', geralmente é assim. Enfim, a gente acaba compartilhando nosso saber específico, compartilha isso com todas as outras pessoas e isso pode ser multiplicado por elas em outras situações, que elas de repente identificam: 'Ah, a gente discutiu uma situação dessa na reunião, eu sei que a situação é essa, a orientação que eu vou dar vai por aqui'..." (E3)

Um psicólogo reconhece a visão hierárquica do NASF e deseja que o arranjo matricial, que valoriza e prioriza a capacitação, seja desconstruído. Deseja que as ações sejam conjuntas com divisões de tarefas que incluam, inclusive, a própria assistência específica, reconhecendo que para haver troca é necessário incluir a clínica psicoterápica.

"Acho que o modelo do NASF: eu sou o especialista e vou te ensinar a fazer e ensinar como resolver as coisas, eu espero que ele esteja falido, que ele não fique só nisso. Isso você pode chamar de educação permanente e fazer uma aula, capacitar, ensinar todo mundo e fazer educação bancária, e isso para mim é vazio, acho que só faz sentido se for uma intervenção junto, em parceria, e se for necessário fazer dentro de uma atuação pactuada, com atuação territorial, vai se fazer psicoterapia também." (E14)

Novamente a divisão entre os que “sabem” e os que “fazem” aparece como tensão na prática do trabalho. Percebemos que as diferentes concepções de matriciamento como trocas de saber ou capacitação e supervisão geram dúvidas aos profissionais que questionam qual lugar devem ocupar na relação com a ESF. A dificuldade de os profissionais construírem sua identidade em virtude da sensação de não lugar e não pertencimento, e ambiguidade nas relações, foi identificada por Lancman et al. (2013) em pesquisa com duas equipes de NASF em São Paulo.

"Eu acho que fica confuso não somente para o NASF, mas até mesmo para a Estratégia, porque eu acho que aí que a gente cai no engodo, né? Se a gente vem para fazer uma capacitação, uma educação permanente, a gente está em uma outra posição, a gente tem aquele saber, e a gente está passando esse ensino, porém, ao mesmo tempo, é que fica muito, é muito... A linha ficou muito parecida, né? Eu acho que a postura que vem do profissional que vai mudando isso também. Eu fico pensando: até que ponto pode virar uma supervisão mesmo a reunião de caso que daí a gente tem que tomar cuidado, nós, profissionais do NASF, para não cair nesse... Não é supervisão, não é um saber mais que o outro, mas como a gente juntar esses saberes e construir algo para o usuário ali." (E7)

Essa profissional ressalta como, a partir desse encontro, é possível construir um cuidado conjunto para a população. Critica a supervisão, mas reconhece que talvez seja o termo mais adequado para o que acontece. O que nos leva a problematizar a prática do

matriciamento e como a concepção do que se entende por matriciamento determinará o jeito de trabalhar.

A visão do conceito de matriciamento como capacitação pode trazer em seu bojo a concepção de que os matriciadores, após efetuarem seu trabalho com eficácia, um dia não precisarão mais exercer sua função, pois considera-se que, uma vez que os profissionais da EqSF foram capacitados para ampliar o olhar e para realizar intervenções de outras profissões, poderão intervir por conta própria. Um psicólogo se questionou sobre essa questão: *"será que o Apoio Matricial não é algo onde a gente trabalha para uma hora a pessoa não precisar mais da gente?"* (E12)

Essa dúvida permeou a reflexão de alguns profissionais.

"Se a gente vai chegar em um objetivo de não precisar ter NASF, assim, um dia todo mundo vai saber fazer o que é necessário sem precisar de, enfim, de outras coisas, acho que não. Eu não sei se eu consigo ver um objetivo prático, assim, do tipo: 'a gente vai chegar até aqui e pronto, então a gente conseguiu fazer o que a gente...' Acho que a gente vai criando objetivos o tempo todo, então, sei lá, a caminhada tá ruim, então vamos procurar maneiras de melhorar nesse ponto. Acho que a gente vai trabalhando com objetivos pequeninhos, do dia a dia, porque sempre vão existir pessoas que vão precisar de uma assistência personalizada e sempre vão existir dificuldades que a equipe está enfrentando. Então eu acho que o objetivo do NASF é conseguir ir dando apoio para essas questões ao longo do tempo." (E13)

A psicóloga questiona a pertinência da permanência dos núcleos de competência na APS e se pergunta se sempre serão necessários profissionais com saber específico. Entretanto, ao se questionarem, os profissionais reconhecem que os especialistas sempre precisarão intervir, em decorrência da complexidade dos casos.

"Então, no começo, eu tinha um pouco essa utopia [do apoio matricial um dia não precisar existir], mas depois eu fiquei pensando que com a complexidade dos casos que aparecem, que são tão grandes, assim, os arranjos são tão diferentes, que sempre tem algo que esbarra aí, que a gente precisa rever, assim, sabe? Então é algo que não se esgota também, mas acredito que em alguns momentos, dependendo dessa abertura que o profissional da ESF se der para alguns manejos, ele consegue fazer algumas intervenções sem precisar necessariamente de alguns especialistas do lado, quando a gente discute aqui, ah é um caso, se você me pergunta de um sucesso de um caso que você só matriciou na discussão, não sei se eu consigo lembrar de um caso que eu só discuti e que quem manejou foi a ESF..." (E12)

O relato do profissional revela que a concepção de Apoio Matricial carrega uma visão hierárquica, uma vez que os apoiadores são responsáveis por ensinar às EqSF seu conhecimento específico, e a visão da EqSF sobre o caso não aparece. E, por mais que o profissional reconheça que precisa sempre participar das discussões, porque os casos são complexos, não há o reconhecimento de que os apoiadores são necessários para compor os cuidados em saúde de forma integral, participando da assistência e aprendendo também com a EqSF.

Sabemos que a proposta matricial tem duas vertentes: o apoio técnico-assistencial e o apoio técnico-pedagógico (Brasil, 2009). Entretanto, os profissionais entrevistados revelaram que o apoio pedagógico é mais enfatizado, valorizado e desejado pelos psicólogos, deixando o apoio assistencial em segundo plano. Dados que divergem dos resultados da pesquisa de Gonçalves (2012), ao avaliar o impacto de um curso de aperfeiçoamento em saúde mental na APS com enfoque no Apoio Matricial, o qual identificou que apenas a capacitação de especialistas a profissionais da APS não é eficaz, sendo necessárias transformações na gestão e no suporte contínuo do apoio.

A intenção central da metodologia do apoio é transformar as estruturas verticais das organizações de saúde, a fim de promover mais interação e envolvimento dos profissionais nos casos, valorizando justamente todas as profissões de saúde, conservando sua identidade ao mesmo tempo que expande suas possibilidades a ações comuns a todos (Campos, 1999).

"A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar." (Campos e Domitti, 2007; p.400)

Preocupados com a banalização dos conceitos de Apoio Matricial e Apoio Institucional, Oliveira e Campos (2015) reafirmam que se não houver mudança nas relações de poder o apoio torna-se vazio. Enfatizam que a metodologia do apoio visa à cogestão de organizações e à democratização das relações interprofissionais e institucionais.

4. Práticas de matriciamento

A prática do matriciamento revela as concepções do Apoio Matricial, bem como as concepções estão relacionadas às práticas. A divisão se deu por uma questão didática e por uma tentativa de organizar as inúmeras problematizações que este estudo identificou, portanto, questões relacionadas à concepção podem ser encontradas também nessa categoria, tanto quanto questões relativas às práticas já apareceram nas discussões realizadas. As concepções e as práticas foram analisadas por meio dos relatos dos psicólogos (a partir de suas falas tentamos acessar o que pensam e o que fazem).

As categorias mais relevantes que emergiram na análise dos dados foram: 1) organização do trabalho da EqNASF; 2) tensões da prática: o cabo de força da assistência específica; 3) trocas e capacitações: contribuições do psicólogo ao campo da APS; e 4) dificuldades da integração e o desafio da clínica psicológica no NASF.

4.1. Organização do trabalho da EqNASF

Inicialmente discutiremos a forma de o matriciamento ocorrer, ou seja, a logística que as equipes construíram para organizar as ações de matriciamento. As reuniões de matriciamento são consideradas o momento mais importante do Apoio Matricial, pois é a partir desses encontros que outras intervenções e ações são construídas e planejadas. O Quadro 12 - Reuniões de matriciamento, já citado no item 2.3.3, será explicado e explorado.

Os arranjos de dupla ou trio de referência significam que dois ou três profissionais do NASF serão a referência de determinada EqSF, entrarão nas reuniões de matriciamento regularmente e serão os responsáveis pelo manejo dos casos. Caso haja a necessidade da intervenção de um profissional que não participa dessa reunião específica, ele será acionado em outros momentos, como na reunião da EqNASF, por exemplo.

Entretanto, essa organização em dupla difere bastante na logística planejada. Há duplas que são fixas, ou seja, dois profissionais que sempre estarão presentes no matriciamento de uma determinada equipe, havendo troca em momentos de avaliação que o NASF faz, ou momentos de dificuldade da dupla com a EqSF. Há duplas em que

apenas um profissional é fixo, participa regularmente, e o outro reveza a cada reunião, ou mensalmente há troca aleatória. Há, ainda, duplas das quais cada profissional participa de uma reunião de matriciamento por dois meses e se rodíziam constantemente. As duplas e trios são montados aleatoriamente, ou por horário de trabalho. Não há divisão por profissão específica, como explicitam alguns entrevistados:

"A gente faz dupla aleatoriamente, não pensando na composição a princípio: ah, por que este com aquele?" (E10)

"A gente tem um modelo assim: todos os que estiverem no horário entram na reunião de matriciamento, as únicas pessoas que se dividem em equipes de referência são as que têm dois profissionais que são TOs e fisioterapeutas, um é da manhã e o outro é da tarde, então, em geral, a divisão é o matriciamento das equipes." (E2)

"As duplas a gente acabava trocando periodicamente, nos últimos tempos, uma vez por ano a gente troca a dupla. A dupla se dilui, se monta outra para ir para outro lugar." (E9)

Apenas um profissional, em uma equipe que se organiza em trio, relatou ter profissionais específicos em cada trio e avaliação das necessidades do território.

"No começo a gente pensou, eu discordei desde o começo, era obrigatório ter um profissional de saúde mental, ou TO ou psicólogo, ou psiquiatra, e era legal ter um médico em cada trio, e eu falei que não precisava ter um médico em cada trio. Hoje a gente está pensando em uma reavaliação, de tempos em tempos a gente reavalia, de acordo com as necessidades das equipes, as necessidades do próprio NASF, o território, o que os pacientes daquela área... É muito comum, assim, áreas que têm uma vulnerabilidade social um pouco melhor, têm menos barraco, têm menos favela, consequentemente têm mais idoso, então 'opa, será que nessa equipe aqui é legal ter o geriatra?' Não que a atuação do geriatra se restrinja a participar do trio, mas isso é uma coisa interessante que pode ser pensada. Estamos pensando em fazer duplas ao invés de trios, foi uma proposta, estamos pensando, e tem um profissional volante que circule, esta terceira pessoa não seria a mesma pessoa, e talvez essa pessoa seja um profissional de saúde mental, são coisas que estamos pensando agora só." (E1)

A organização do NASF em duplas e trios mostra fragilidades. A ideia de estrutura matricial surge para otimizar os recursos (Lodi, 1970), utilizando justamente as habilidades necessárias do especialista para o desenvolvimento de um determinado projeto e, ao organizar o matriciamento em duplas ou trios de profissões quaisquer, há

uma inversão da proposta matricial. O profissional que discutirá o caso e pensará estratégias é um profissional que pode não ter as aptidões e saberes imprescindíveis para o caso específico que a EqSF necessita.

Ao ser questionada sobre por que considera interessante a organização em duplas que se revezam, E6 traz uma concepção de que o núcleo de competência é irrelevante. Acredita que os seus colegas de equipe têm condições de matricular e até atender só com as suas orientações e supervisões nas reuniões do NASF.

"A ideia é que eles [a dupla de profissionais do NASF] discutam. Antigamente tinha, 'esse é um caso para a fono', hoje acho que tem muito pouco disso, assim, eles discutem o caso, entendem, tentam pensar se já acessou algum serviço ou não, (...) às vezes dá para marcar um compartilhado, tenta pegar o maior número de informações, e aí, se ficar alguma dúvida, eles levam para discutir em reunião comigo, e aí depois eles dão uma devolutiva para a equipe. Por exemplo, estão os dois, aí eles matriciam a equipe, enfim, ou pegam as informações e aí a gente discute em reunião, pode virar um atendimento, e aí eles fazem esse acolhimento ou eu entro com um deles, ou sei lá, eles e o médico, e eles em cima do que eu matriciei, eles acabam atendendo, e aí depois eles devolvem isso para a equipe [ESF], mas a gente não tem uma coisa de só a psicóloga atender as coisas psicológicas, assim, sabe? Ou só o fisio atender questões de fisio..." (E6)

Há outros profissionais que também validam essa organização em duplas valorizando essa dimensão do trabalho conjunto:

"Então, isso tem sido muito legal, essa coisa da dupla se enfiar mesmo no que não é da sua categoria tem sido bacana." (E11)

"Eu acho efetivo... eu acho.... o importante é só ter uma referência [um profissional do NASF fixo nas reuniões com EqSF], porque essa referência vai estar sempre nas reuniões e ele vai acompanhando as discussões..." (E8)

O profissional E9 consegue identificar limites da atuação em duplas fixas, entretanto, avalia que essa logística funciona.

"Eu acho que é funcional. Eu acho que funciona. Acho que a dupla tem algumas limitações. Tem questões que são muito específicas. Surge lá o caso de uma síndrome, algum tipo de distrofia progressiva muscular. Poxa, eu não vou poder falar muita coisa, a fisio que vai conseguir ter um olhar específico para aquilo, mas dificilmente alguém chega com uma questão muito específica." (E9)

Essa concepção, privilegiando o campo e o geral em relação à especialidade, perpassa o discurso da maioria dos entrevistados, mostrando uma certa redução e desqualificação do específico em favor do geral do campo da APS. Sabe-se que a APS, da perspectiva do diagnóstico, é simples, mas o manejo dos casos é complexo, em decorrência das questões psicossociais. Observamos também que a valorização das ações gerais da APS são voltadas, na maior parte das vezes, a indivíduos e famílias. Há pouca ênfase e investimento em ações coletivas e no território de promoção e prevenção.

Em contrapartida, o profissional E2 pontua problemas do arranjo em dupla. Apresenta divergência nas condutas propostas pela dupla, daquela que ele considera mais adequada em relação a sua atuação, e demora no acesso ao especialista necessário para determinado caso.

"As pessoas [EqSF] não traziam na reunião porque achavam que ia demorar, achavam que ia aproveitar quem estava lá, e ficava um pouco assim, ficava demorado porque tinham discutido um caso lá que era para eu ver. Só que às vezes o que se tirava de conduta, às vezes, eu não concordava, achava que às vezes essa pessoa podia ir a algum grupo, podia passar direto com o psiquiatra, às vezes era uma questão até de medicar, enfim, 'N' coisas... Aí a demora mesmo, às vezes ficava lá, a conduta estava adequada, tinha que agendar, aí eu agendava... Nossa metodologia, para ficar mais organizado, a gente fazia, na próxima reunião [NASF] que tivesse a gente agendava, porque às vezes nem era para agendar sozinho, tinha que agendar junto, bater as agendas, para na próxima reunião [com a ESF] informar para a equipe... E aí corta tudo isso quando a gente está junto. Já tira ali a conduta e já sai... E aí as reuniões NASF que a gente perdia um tempão fazendo esses agendamentos não dava para discutir casos complexos, para ler, para discutir situações, para realmente fazer uma reunião de equipe, e não só uma reunião de agendamentos. A gente já chegou a ficar meia hora só agendando."
(E2)

Esse profissional relata que inicialmente sua equipe se dividiu em duplas e há um ano se reestruturou e passou a participar das reuniões de matriciamento com todos os profissionais. Em sua avaliação, a mudança melhorou significativamente, pois possibilita a construção de conduta conjunta já no momento em que é feita a discussão de caso com a EqSF e evita a perda de tempo de agendamento com os profissionais que não pertenciam à dupla.

Outro arranjo citado são os núcleos temáticos. Uma EqNASF se organizou em dois núcleos: Saúde Mental e Reabilitação. As reuniões são mensais, com os profissionais de profissões que se aproximam desses campos. Outra EqNASF se organizou em três núcleos: Saúde Mental, Saúde da Mulher e da Criança e Reabilitação e Saúde do Idoso. Cada profissional participa de dois desses núcleos, de acordo com as profissões ou especialidades pertinentes ao núcleo, e as reuniões dos núcleos com as EqSF são mensais. E outra EqNASF organizou quatro núcleos: Saúde Mental, Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Reabilitação. Essa organização parece se aproximar mais do trabalho por projetos, em que os núcleos definidos estabelecem uma relação de apoio por tarefa a partir das especificidades dos profissionais de cada núcleo. E as EqSF têm a oportunidade de organizar os casos de acordo com esse arranjo e com os saberes necessários para a discussão dos casos. Tal logística de Apoio Matricial também se aproxima mais da divisão de ações preconizadas em núcleos de saber pela Portaria do NASF (Brasil, 2008b).

Essa organização é bem avaliada por um dos psicólogos, como podemos ver em seu relato:

"Foi algo que a gente foi percebendo, que a própria Estratégia foi pensando também mais nos casos. Eles, para fazer já uma prévia desses casos, eles já foram discutindo, e antes vinham mais direto: 'ah, então eu queria pensar esse caso', tal. Eles têm as reuniões deles e eles sentam antes para discutir os casos e trazer para a gente, então eles já conseguem visualizar essas áreas mais..." (E7)

Outro arranjo possível é a participação de toda a EqNASF, que trabalha no horário da reunião de matriciamento. Participam regularmente, sem divisão por profissões. A participação dos profissionais depende de sua disponibilidade, uma vez que dependem mais da carga horária dos profissionais que da especialidade que seria importante para a discussão dos casos.

Há uma equipe que se diferencia ao separar os médicos nas reuniões de matriciamento. Os profissionais das categorias não médicas participam em conjunto das reuniões, porém, o psiquiatra e o ginecologista são acionados pela EqSF somente quando há necessidade e, nessa situação, entram sozinhos na reunião em momento agendado para isso, como pontua um dos psicólogos:

"O ginecologista e o psiquiatra, por eles serem médicos e terem uma carga horária um pouco diferenciada, eles não ficam com a gente, porque às vezes quando a gente está em uma UBS eles estão em outra. Então o matriciamento eles fazem sozinhos com as equipes. Eles, quando existe algum caso de saúde mental mais grave, mais psiquiátrico, digamos assim, quando a equipe percebe que é mais psiquiátrico, ou um caso de ginecologia, eles fazem as reuniões com as equipes em um horário determinado." (E4)

Essa segregação dos profissionais médicos e não médicos mostra uma desigualdade na valorização dessas diferentes especialidades. Por um lado, pode gerar fragmentação do cuidado, com intervenções voltadas para a medicalização sem um olhar integral, e, por outro lado, as equipes, ao solicitarem a presença dos médicos somente quando há necessidade, otimizam a utilização desse saber, valorizando-o.

Um dos entrevistados refere que a escolha de ir em conjunto com toda a EqNASF para as UBS se deu para “causar impacto”. Em sua visão, inicialmente as EqSF não reconheceram a importância e o sentido do NASF existir e a EqNASF, ao ir em grupo, pressionava as equipes a considerá-los.

"[Sobre a EqNASF participar em conjunto das reuniões de matriciamento] Pode falar de verdade? Porque ninguém dava atenção quando as pessoas iam sozinhas... (risos) É sério. A história que eu escuto das pessoas mais antigas é que primeiro todo mundo se dividiu em duplas de referência e cada dupla ia pra sua unidade de referência, e ninguém dava atenção, porque eram duas pessoas na unidade, então não conseguiu fazer reunião, porque eram duas pessoas que estavam catando um por um: 'você é da equipe tal, vamos lá fazer reunião'. Tipo assim, pegando pela mãozinha, e isso não causava impacto. E aí surgiu essa ideia de causar impacto. Na verdade, no início a ideia nem era que todo mundo sempre continuasse junto, era só a ideia de mostrar impacto, de todo mundo mostrar a cara em todos os lugares, de todo mundo fazer volume, ocupar espaço mesmo: "olha, a gente está aqui, vocês vão ter que falar com a gente em alguma hora, a gente vai ter que começar a conversar as coisas". Então, era por isso, e acabou que eles montaram uma certa agenda, a equipe toda, e continua assim até hoje." (E13)

Esse relato explicita o modo como a implantação do programa foi feita na cidade de São Paulo. Se a APS tem carência de recurso de especialistas, era de se esperar que as EqSF quisessem muito uma equipe especializada para compartilhar os casos, porém, as EqSF não reconheceram a importância do grupo de apoio que surgiu nos serviços de saúde repentinamente. Essa falta de pactuação com as EqSF sobre a chegada do NASF

também foi identificada na implantação do NASF em um município do Ceará (Leite et al., 2013). Esse NASF, por sua vez, também não soube se integrar de forma horizontal, escolhendo uma estratégia de impacto que, na prática, gera imposição e obrigação para sua aceitação.

A resistência dos profissionais da ESF é muito citada pelos entrevistados, porém, o contexto da implantação, a falta de clareza do papel da equipe de apoio e a sobrecarga de demanda que a ESF vivencia foram pouco consideradas. Torna-se visível a dificuldade de o NASF reconhecer também suas próprias resistências, como a recusa ou extrema restrição aos atendimentos individuais, potencializando a tensão entre as equipes.

Devemos destacar o fato de a organização do matriciamento ser baseada nas contingências do trabalho. Essas organizações, sejam elas duplas, trios, núcleos temáticos ou toda a equipe, não levam em conta o estudo das necessidades de saúde do território das EqSF, não levam em conta o tipo de caso que as equipes escolhem ou precisam de apoio e também não levam em conta a escolha da própria EqSF, que parece ficar à mercê das decisões do NASF quanto à forma de organização do Apoio Matricial. Um dos psicólogos expressou seu desconforto com a logística de funcionamento do trabalho.

"Então, a gente não tem em nosso território nenhum tipo de levantamento epidemiológico direito, nenhum dado que a gente possa, assim, ter fontes confiáveis para dizer: 'nós temos tantos pacientes que precisam de algum tipo de atenção em saúde mental, tantos pacientes de tal questão'. A gente não tem nada desse tipo, então acaba sendo pela percepção que a equipe vai ter, tem coisas que a equipe vai dar mais atenção porque naquela hora que aconteceu, que explodiu, ou porque alguma pessoa daquela equipe está mobilizada por aquela questão, sei lá, até por uma questão pessoal, não sei, e, claro, pelas percepções do que eles vão tendo do que é necessário no território, mas de uma maneira muito empírica, a gente não tem um dado oficial em relação a essas coisas. Vai sendo o que a equipe consegue enxergar." (E13)

"Muitas atividades que são desenvolvidas, elas acabam sendo criadas em função de uma necessidade de produção, e não uma necessidade do território, e a necessidade de produção também não tem nada a ver com o território, são necessidades aleatórias aparentemente (...). É porque existe uma produção que tem que ser, têm metas que precisam ser cumpridas, que não têm nada a ver com o desenho do território. Eu não sei pra que importa o desenho do território. Assim, pra gente importa, a gente se questiona isso o tempo inteiro, a gente

não tem de onde tirar esses dados, mas parece que não importa muito para mais ninguém, ninguém leva isso em consideração, a gente não tem nenhum sistema em relação a isso." (E13)

O território é elemento essencial do campo da saúde coletiva: trabalha com recursos de seu entorno, possibilita ações de promoção à saúde, aumento da qualidade de vida, prevenção e redução de doenças e morbimortalidade, permite articulações intersetoriais e a integralidade do cuidado. Sem reconhecer quais as principais necessidades de saúde de seu território, o trabalho da saúde da família também se descaracteriza, tornando-se burocrático, com enfoque ambulatorial a partir de demandas espontâneas. E, nesse contexto, de sobrecarga da ESF, absorver como sua responsabilidade individual intervenções específicas dos núcleos de competência dos matriciadores parece excessivo para os profissionais da ESF.

Essa flexibilidade da organização das reuniões de matriciamento, em vez de promover liberdade na relação com as EqSF, por terem a possibilidade de se ajustar a diferentes realidades, parece gerar uma precarização, pois desconsideram as especialidades necessárias para a discussão e definição de condutas e intervenções. As equipes se desdobram para encontrar um jeito viável de trabalhar, construindo e desconstruindo formatos numa busca incansável (talvez insolúvel) de integração, dentro desse contexto.

Uma entrevistada relata seu estranhamento em relação ao "todo mundo faz tudo" quando iniciou o trabalho no NASF. Ela, porém, "se conformou" no momento em que considerou compreender o que é Apoio Matricial.

"... então, da equipe NASF ser multiprofissional e cada um poder atender coisas... isso também foi uma coisa que eu achei esquisita, me chamou muito atenção, como um educador físico vai acolher um caso de depressão? Era uma coisa que no começo eu ficava incomodada: 'será que dá conta? Isso não é uma coisa só do psicólogo fazer?' Demorou alguns meses para eu poder entender direito qual era a proposta do NASF." (E7)

Esse parece ser um ponto central de nossa discussão, pois, ao mesmo tempo que trabalhar em uma equipe interdisciplinar é importante, a diversidade de olhares e as diferentes formações podem ser anuladas e precarizadas quando todo mundo pode acolher e atender sem considerar qual o conjunto de saberes necessários à intervenção. Tal desvelamento nos alerta para a discussão de que cuidado é esse que o NASF e a

ESF promovem ao território e às pessoas assistidas, já que parece haver uma desvalorização dos diversos núcleos de saberes e práticas, com uma consequente supervalorização da capacidade de cada um abarcar todo o conhecimento do campo, geral e específico. Parece haver aqui uma concepção dos entrevistados de que o campo da APS iguala todos os profissionais e que, ao serem matriciados, poderão executar tarefas de qualquer profissão. Entretanto, a troca de saberes só é possível quando um detém um conhecimento que o outro não tem e vice-versa. O nivelamento das especificidades profissionais acaba por reduzir as possibilidades de troca e compartilhamento.

Outro fator de relevância é a discussão de casos complexos ser feita entre os profissionais do NASF com sua coordenação, sem a menção à participação dos profissionais da ESF, o que coloca em xeque o discurso da construção horizontal e democrática com todos os atores envolvidos. A ausência do próprio paciente na construção do seu projeto terapêutico é outro ponto relevante na problematização do cuidado em saúde da APS, dado que corrobora com a pesquisa de Oliveira (2013) sobre a relação das equipes ESF e NASF aos cuidados de saúde mental, que também observou que o usuário não é incluído na produção do seu cuidado em que o técnico aplica o próprio saber.

Tendo em vista que a proposta do núcleo é o apoio à ESF e que os profissionais do NASF estão a seu serviço, é interessante analisar a utilidade e a necessidade de os profissionais do NASF se reunirem semanalmente de forma isolada das próprias equipes que apoiam. Os psicólogos justificam a importância desse espaço por ser um momento de discussão de casos complexos, solicitação da intervenção da profissão que não participa de determinada reunião (por causa da divisão por duplas de referência, por exemplo), e por ser um momento de troca e de pactuação de ações.

"Nessas reuniões a gente troca, a gente agenda, pactua algumas estratégias, e até dá devolutivas para a equipe." (E8)

"Mas aí também tudo mundo acaba conhecendo os casos, porque esses casos bem complexos a gente sempre discute na reunião NASF. Porque essas são as reuniões com a ESF, né? E aí, fora isso, a gente tem as nossas reuniões, a gente tem quatro, cinco horas por semana de reunião NASF, então a gente acaba discutindo também esses casos de maior complexidade nas reuniões." (E6)

"É, um período de 4 horas uma vez por semana. Traz casos mais complexos mesmo, e a gente pensa como equipe toda NASF. Tem esse espaço para a gente pensar esse compartilhado entre NASF." (E7)

Além da possibilidade de troca, um psicólogo observou que esse espaço é utilizado pela sua OSS para cobrar metas, promover capacitações, ao convidar pessoas externas para falar sobre temas relacionados à assistência, e tem a função de ser um espaço de confraternização entre os profissionais.

"A gente discute a ação dos profissionais, a gente se reúne em profissionais para discutir as ações dos blocos profissionais, discute sobre as metas, geralmente leva bronca, que: 'tem que bater meta'. Fala de algum assunto específico, então às vezes alguém da assistência vem, alguém da APD [Programa de acompanhamento da pessoa com deficiência] vem falar alguma coisa. Às vezes os próprios gestores da OSS vem falar alguma coisa que está relacionada à instituição. Daí tem o café da manhã também, pra gente se confraternizar um pouco, perguntar como estão as atividades, de trocar mesmo as experiências, saber o que as outras pessoas fazem e o que a gente faz." (E4)

As reuniões realizadas somente pela EqNASF parecem tentar resolver as falhas da própria organização do Apoio Matricial proposto. Ao considerarmos que a proposta do Apoio Matricial é a oportunidade de a EqSF compartilhar saberes com outras profissões, e nas reuniões não necessariamente participam os profissionais necessários para a discussão de determinado caso, a discussão isolada da EqNASF passa a ser indispensável, mas as EqSF ficam de fora.

4.1.1. Gestão

Os psicólogos concordam e valorizam o fato de terem uma gerência específica para o NASF. Referem que a coordenação do NASF colabora com a responsabilização por casos complexos e com articulações intersetoriais e pontuam a importância de um profissional afinado com a proposta do programa em decorrência da singularidade do trabalho de Apoio Matricial.

"Quando tem casos muito complexos, que para tomar uma decisão a gente não tem uma autonomia suficiente, ou seja, não dá para a gente se responsabilizar sozinhos, é legal juntos [EqNASF com presença da coordenação], por exemplo, esses casos demandaram fazer um

relatório, levar para a supervisão de saúde, e nossa gerente sempre atua junto quando tem situações como essa. E aí ela veio, ficou com a gente, discutiu esses casos." (E2)

"É importante que o seu coordenador seja parceiro, precisa ser um coordenador com perfil de NASF, e não com perfil de gestor de Unidade, senão ele vai exigir de você aquilo que ele exige do enfermeiro. O NASF não pode ser inserido, compactado, sedimentado de uma forma tão reduzida, e, se o coordenador de NASF não apoiar a equipe, não bancar realmente, não ouvir essa equipe, ele vai ter uma equipe mais adoecida, o NASF adoecer muito, o processo é muito adoecedor, tanto é que a OSS criou um espaço chamado terapia comunitária para os NASF." (E8)

A percepção de que a gestão da UBS é mais rígida e exigente em relação às metas do que a que rege o NASF é indicativa de uma diferença que tem impacto na possibilidade de troca e trabalho conjunto. Há diferenças entre as equipes em relação a números de consultas programadas, grupos, visitas domiciliares e demanda de assistência direta à população, bem maiores para a ESF, o que prejudica ações compartilhadas.

Ao mesmo tempo que o papel do coordenador é validado para garantir que a EqNASF "trabalhe como NASF" (Lancman, 2012), pode gerar simultaneamente segregação de gestão e organização do trabalho entre as equipes ESF e NASF e tensões na relação entre o coordenador de NASF e a gerência da UBS.

Uma das entrevistadas identifica que as reuniões do NASF isoladas expressam um racha entre ESF e NASF e alimentam desavenças que são vistas até como "paranoias" de conflitos entre gerências.

"Dentro da ESF e NASF rola um racha, e não é um racha dos profissionais em si, mas um racha da gestão, eu não sei o que começou primeiro, o ovo ou a galinha, as gerentes não aceitam algumas posturas do coordenador do NASF e vice-versa, é meio complicado assim (...). Às vezes eu sinto que se usa a reunião do NASF um pouco para paranoias, para pensamentos paranoicos, fulano falou não sei o quê, sabe? 'Ah, a gerente impediu que a gente fizesse isso'... 'Ah, porque ela quer ferrar com o nosso trabalho' ou 'ah, eles não querem que a gente faça compartilhado'... Fica um clima de persecutoriedade, assim, sabe, que beira até a paranoia, bem complicado." (E12)

Essa questão das diferentes gerências merece algumas considerações. A EqNASF tem uma coordenação, as UBS têm uma gerência, e as OSS têm seus

respectivos supervisores e gerentes. A articulação e a integração da visão de saúde, gestão do cuidado e planejamento entre esses profissionais muitas vezes não ocorre ou ocorre de forma superficial. O foco do trabalho, as ações desenvolvidas ou a cobrança de metas são distintos e distanciam esses gestores, gerando empecilhos ou dificuldades no desenvolvimento do trabalho dos profissionais. Problema identificado por alguns psicólogos, que trazem como solução a preponderância da gerência do NASF, mas favorável a eles:

"Então, a gente responde a muita gente. É muito complicado, porque quem trabalha com NASF é muito cacique pra pouco índio. A gente tem o gerente do NASF, o gerente da UBS e às vezes a gente tem que lidar com algumas coisas do próprio RH da organização social, da OSS mesmo, então às vezes a gente tem que prestar contas para nosso gerente, pro gerente do NASF, pro gerente da equipe e depois, sei lá, pra alguém do RH da instituição, entendeu? Então, isso é chato, sabe, se a gente se reportasse a uma pessoa, se fosse só o gerente do NASF, tudo..." (E4)

Outro entrevistado defende a necessidade de interlocução também com o gerente da unidade, mas pontua conflitos que vivencia com seu coordenador ao ser questionado sobre pedir autorização para a gerência da UBS para utilização de sala, por exemplo:

"[coordenador do NASF disse ao psicólogo:] 'você responde muito à gerente da UBS, você está dando bola para ela e ela não é sua chefe'-então, eu não estou dando bola para ninguém, estou fazendo o meu trabalho, só que eu preciso saber se eu posso usar a sala..." (E12)

Essa quantidade de chefias pode prejudicar o trabalho dos profissionais, uma vez que os interesses são diferentes e a condução e a orientação do trabalho partem de diretrizes e busca de resultados distintos.

Peduzzi (2007) ressalta que ao gerente fica incumbida a tarefa de promover autonomia das equipes para o compromisso da construção conjunta dos seus projetos de trabalho. É o gerente *"o principal mediador e tradutor da política pública de saúde e seus respectivos modelo assistencial e processo de trabalho em saúde para o cotidiano dos serviços"* (p.214). Dessa forma, o gerente é o ator fundamental para que se efetive a transformação do modelo assistencial hierarquizado e fragmentado à integralidade da saúde em que as especialidades possam dialogar e construir planos de cuidado em saúde em conjunto. Como identificou um dos entrevistados.

"Essa mudança não pode só ficar com a gente, essa mudança tem que estar com o gestor, o gestor que é responsável pela UBS, ele tem que saber que o Ministério está pensando isso para as equipes, que esse é o trabalho, porque senão fica só o NASF gritando no deserto e ninguém ouve. Acho que foi isso que foi cansando um pouco." (E9)

Outro relato a respeito da coordenação do NASF refere-se a uma concepção de saúde pública restrita, em que "o mínimo" é o suficiente, prejudicando a possibilidade de efetivar o modelo pretendido.

"Teve uma coisa que ele [coordenador do NASF] falou e eu fiquei possesso, ele falou: 'olha, pra essa população que a gente está lidando, a gente não pode dar uma limusine, mas a gente pode dar um gol, entendeu? A prefeitura não pode, porque não tem condição, mas o mínimo você pode fazer, entendeu?'. Mas às vezes o mínimo não é aceitável, não é. Por exemplo, em uma consulta de trinta minutos, mesmo que seja de retorno, mesmo que seja de aferição das coisas, de como é que estão, de aconselhamento e orientação, às vezes não é o suficiente." (E4)

As percepções de Paim (1995), do *"SUS para pobres"* e de Testa (1992), da *"atenção primitiva à saúde"* parecem ser validadas no discurso do coordenador, o qual acredita que para o trabalho no SUS o pouco que fazemos já é muito e, uma vez que o gerente é responsável pela articulação da política pública com as ações concretas de saúde (Peduzzi, 2007), observamos uma falta de compromisso da coordenação com os princípios do SUS e um potencial prejuízo ao trabalho do psicólogo, à assistência e à população.

Todavia, mesmo com um profissional designado exclusivamente para a função de coordenar a EqNASF, identificamos uma gestão pouco implicada com a melhoria da qualidade da APS. Os profissionais, diante da disputa por quem se responsabilizará pela assistência, decidem por conta própria onde investir seu tempo e energia. Observamos que a escolha pelo atendimento individual ou a insistência em ações matriciais com caráter de capacitação se deu de forma pessoal, e não por uma decisão gerencial baseada nas necessidades de saúde da APS e do território adscrito, muito menos por uma decisão dialogada entre as distintas gerências e seus projetos.

Um último aspecto que nos chama atenção na organização do trabalho é a agenda privada dos profissionais do NASF. Enquanto os profissionais da ESF têm agendas reguladas, ou seja, há períodos específicos de consulta e visita domiciliar com

agendamento na recepção da UBS, com um número alto de atendimentos baseados em metas do município, o NASF tem uma agenda flexível, privada, em que cada profissional faz o agendamento de acordo com a necessidade que ele avalia do caso.

Por um lado, essa flexibilidade é adequada para a logística de uma equipe volante que apoia outras tantas equipes em diferentes UBS, por outro, promove uma desigualdade do cuidado, com agendas com tempo de duração variável, em discordância com a realidade vivida pela ESF, em que os médicos e enfermeiros atendem com um número elevado de consultas individuais com pouquíssima, ou quase nenhuma, autonomia para coordenar e organizar seu fluxo. Gera, assim, uma desigualdade na qual a ESF é vista como prejudicada, e o NASF, como privilegiado e precisando manter esse privilégio.

"É... cada um controla a sua agenda, porque a gente vai para as reuniões, a gente discute os casos e, a partir das discussões, a gente agenda visitas domiciliares, a gente agenda consultas individuais..."
(E3)

Para o NASF não foi preconizado meta em número de consultas, visitas domiciliares e grupos, foi estabelecida meta por proporção, por exemplo, 15% da carga horária do psicólogo pode ser destinada a consultas específicas, independentemente do número de atendimentos realizados. Identificamos nos relatos de alguns dos entrevistados a existência de metas numéricas ou por determinação de uma Coordenadoria de Saúde municipal ou pela OSS à qual o psicólogo pertence. Nos documentos oficiais do município não há nenhuma diretriz que defina esses números. Tal diferença, meta por números como é exigido para a ESF e meta por proporção de tempo exigida para o NASF, expressa mais uma vez a separação das duas equipes e a dificuldade de construção de ações compartilhadas. As diferenças entre as EqNASF do município também expressam atuações muito distintas, as quais podem descaracterizar a política pública.

Há profissionais que relatam ter metas estabelecidas pela Coordenadoria de Saúde, mas reclamam, nesses casos, de ter de organizar o trabalho baseados em números, e não na necessidade dos cuidados, gerando um trabalho burocratizado, que não condiz com a realidade prática, como citam abaixo:

"Então, por exemplo, eu ia para as escolas fazer projetos de prevenção de gravidez na adolescência, eu ia... uma vez por semana eu ia para a escola. E, ao invés de fazer visita domiciliar, eu ia para a escola. Então, de tanto me cobrarem por causa das metas, eu parei de ir para escola. Você entendeu? Eu parei de ir para a escola... Então, não dá. Eu acho que é uma necessidade ir para escola, fazer esse projeto, mas acaba que eu não posso ir, tem que ir outra pessoa." (E3)

"Hoje eu estava atendendo com a enfermeira, e essa enfermeira não é enfermeira dos pacientes que eu estava atendendo, ela estava ajudando com a minha produção, então ela abriu mão da agenda dela e estava ajudando a minha, foi me ajudar com essas metas que eu tenho de atendimento compartilhado. Nesse caso ela disse assim: 'eu vou, eu te ajudo a bater as metas'." (E13)

Os profissionais se queixam de que quando há metas elas são incompatíveis com o trabalho que acham que deveria ser realizado.

Essa discrepância entre as agendas e as metas de ambas as equipes pode gerar expectativas ilusórias quanto à possibilidade do fazer junto, tendo em vista que o esperado da ESF não condiz com o que se espera do NASF. E o fazer junto como um ato burocrático para alcance de metas, além de perder de vista o objetivo da construção conjunta, promove um desperdício técnico de profissionais caros ao SUS, onde o psicólogo e a enfermeira, por exemplo, poderiam executar o trabalho sozinho, ampliando o acesso da população ao serviço de saúde.

Por outro lado, a exigência de produtividade sobre a ESF diminui as possibilidades de os profissionais estarem presentes nas atividades relacionadas ao matriciamento, situação entendida muitas vezes pelos profissionais do NASF como "resistência".

4.2. Tensões da prática: o cabo de força da assistência específica

As concepções de matriciamento revelaram tensões entre matricular x prestar assistência específica, tornando visível a divisão entre "os que pensam" e "os que fazem".

O matriciamento é compreendido como não prestar assistência direta ao usuário, sendo entendido majoritariamente como capacitar as EqSF para que elas se responsabilizem pela demanda ou, no máximo, que se faça a intervenção de forma

conjunta. O entendimento de que a troca de saberes pode ser uma divisão de tarefas em que cada especialidade tem um trabalho a executar de acordo com a necessidade do caso e o saber necessário para a intervenção, pactuado conjuntamente, é raro.

"Os grupos deveriam existir, na verdade, para que o NASF compusesse junto com a Estratégia, mas, como eu falo, devido às próprias especificidades, demandas e queixas até, essa análise do perfil epidemiológico da região, a gente percebe que os grupos são necessários, mas não existem, e aí o NASF acaba trazendo essas ideias para que a Estratégia se aproprie, mas ela, Estratégia, diz que, por também ter um excesso de trabalho, não consegue se apropriar." (E8)

"Então, tem um pouco esse critério de 'olha, quando eu não estiver aqui, você pode fazer', então a gente faz junto para... nem sempre eu vou estar nessa Unidade, então você pode fazer o acolhimento quando necessário, então tem um pouco esse intuito." (E14)

O que entra em jogo aqui é uma disputa de quem prestará a assistência direta à população de questões específicas dos núcleos de competência. Em meio à dificuldade de acesso à atenção secundária (Paim et al., 2011; Giovanella e Mendonça, 2012) e à falta na APS de recursos para o atendimento do sofrimento mental comum, as equipes ESF e NASF entram em um cabo de força para ver quem será o responsável direto pelo atendimento às pessoas: ora a ESF “ganha”, ao conseguir uma consulta específica a ser feita pelo NASF, ora o NASF “ganha”, ao conseguir que a ESF se responsabilize por uma intervenção que estava sendo demandada a ele.

Entendemos que, para atingir o objetivo principal da política (Brasil, 2008b), o aumento da resolutividade da APS, o discurso do NASF precisa mudar do "aprenda e faça o meu trabalho, pois não estaremos com você" para "estamos juntos e fazemos juntos, cada um no seu núcleo específico e todos no campo da APS, pois, dessa forma, olhamos de forma integral para todos os aspectos de saúde necessários para o cuidado do caso/território". O que transformaria completamente a postura do NASF, que assim teria a oportunidade de sair do lugar do “capacitador” ou “supervisor” e pertencer a uma equipe de saúde que discute e atua em conjunto em prol de uma APS de qualidade e resolutiva. Uma equipe na qual os profissionais compartilham questões comuns do campo de conhecimento da APS e cada profissional executa as especificidades do seu núcleo de competência, em uma relação dialética com corresponsabilização no cuidado em saúde (Oliveira e Campos, 2015).

Peduzzi (2001) também contribui ao definir que o trabalho em equipe não propõe extinguir as especificidades dos trabalhos, mas se constitui na coexistência de intervenções próprias de cada área e execução de ações comuns que podem ser efetuadas por agentes de diferentes profissões.

A questão que se coloca ao trabalho é como ter clareza sobre quais conteúdos são específicos e quais são comuns a todos, para que a divisão de tarefas e habilidades possa ocorrer de forma integrada e articulada entre todos os profissionais envolvidos. A relação entre as equipe ESF e NASF explicita hierarquias entre profissões e saberes, uma desvalorização da APS como campo específico e complexo e uma desvalorização da própria especialidade Saúde da Família.

Campos (1999), ao propor novo arranjo organizacional para os serviços de saúde, tinha como intenção central transformar a hegemonia do saber médico, propondo uma organização horizontal de cuidado visando à maior vinculação dos profissionais com a população atendida. Sua proposta sugere um trabalho integrado entre os profissionais em contraposição aos serviços que atuam de forma vertical com pouco envolvimento dos profissionais com os pacientes, propondo, inclusive, intervenções específicas dos profissionais de apoio como possibilidade na construção do projeto terapêutico singular.

Os entrevistados, em sua maioria, entendem que não é tarefa do apoiador matricial atender a população diretamente, mas, ao identificar que não há serviços de atenção secundária em saúde na retaguarda da APS nem psicólogos disponíveis na própria APS, os profissionais mais preocupados e comprometidos com a assistência se disponibilizam a esse atendimento. Entretanto, os profissionais não reconhecem a si mesmos como recurso e entendem que estão cobrindo uma demanda que consideram que não cabe a eles.

Identificamos que houve diferentes interpretações da Portaria (Brasil, 2008b) e da proposta teórica de Campos (1999). Não há nenhuma diretriz que exija que todas as ações sejam compartilhadas. É possível haver ações específicas individuais, contanto que isso faça parte do projeto terapêutico daquele caso/família.

"Em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o

caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de segmento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade." (Campos e Domitti, 2007; p.401)

Em nossa interpretação, a resistência dos profissionais do NASF à assistência específica individual se dá pela grande demanda e pelo medo de se tornarem exclusivamente assistenciais com ações isoladas. Uma psicóloga questiona essa postura restrita aos atendimentos e se posiciona de forma contrária, reconhecendo que a falta de recursos a mobiliza e, por isso, oferece atendimento psicológico com a ferramenta de grupos terapêuticos.

"Eu comecei participando das reuniões de NASF, então os outros psicólogos, das outras regiões, não faziam atendimento terapêutico, e isso para mim era um pouco... Eu achava que era difícil aceitar isso, porque a gente está em uma região afastada, onde não existe atendimento terapêutico de referência, onde as pessoas não saem para buscar esse atendimento e elas têm necessidade desse atendimento, então não tem sentido. Eu lembro de uma vez que eu participei de uma reunião no CAPS Infantil, aí tinha psicólogo e tinha psiquiatra no NASF, aí eles diziam 'mas a gente não pode fazer atendimento, porque não está previsto, as diretrizes...', e aí eu falava 'gente, não dá, eu me sinto inútil estando em uma região onde a população tem necessidade de atendimento e eu não posso oferecer isso'. Então, o recurso que eu encontrei foi formar os grupos terapêuticos, que funcionaram, estão dando certo. A gente trabalha bastante com grupo." (E3)

A assistência individual feita pelos profissionais do NASF, e pelos psicólogos, é uma questão delicada. As diretrizes do NASF propuseram um trabalho voltado prioritariamente para ações coletivas e compartilhadas, mas incluíram também ações específicas dos núcleos de competência com uma carga horária reduzida em comparação com as outras atividades (5% a 15% para os psicólogos). E o que observamos no discurso dos profissionais é que essa carga pequena se tornou quase nada: *"não está previsto nas diretrizes"*.

Tal interpretação gerou uma crença distorcida de que o atender só (com foco no seu núcleo de competência) significa trair a proposta, gerando culpa e constrangimento aos profissionais que se disponibilizam à assistência específica, seja por identificarem que é função do NASF, seja por identificarem que não há rede de atenção que possa abarcar as demandas que surgem no cotidiano.

A consulta específica, que marca a identidade profissional da psicologia, é vista por alguns profissionais entrevistados como algo a ser evitado a qualquer custo, como a profissional E3 citou mais acima. Sem dúvida, compreendemos que abrir uma agenda individual de caráter ambulatorial sem integração com a equipe não é a proposta nem a solução. Por outro lado, a ESF tem um excesso de demanda e limites para assumir todas as necessidades que se colocam. Contudo, nossa intenção aqui é problematizar a concepção do Apoio Matricial, pois sua interpretação gerará práticas efetivas ou não, impactando diretamente o acesso da população à APS resolutiva e de qualidade.

Os relatos dos entrevistados demonstraram que o NASF parece ficar em uma constante batalha em garantir o que entende como função (reforçando seu caráter não ambulatorial), explicitando um cabo de força sem fim, em que ambas as equipes saem esgotadas e infelizes, pois cada uma tem necessidades diferentes.

Na lógica como o NASF foi implantado em São Paulo, as equipes dificilmente se alinharão e as tensões e conflitos tendem a persistir.

"A gente sempre precisa apertar na mesma tecla, a gente não está aqui como ambulatorial, a gente está aqui para matricular, para a gente pensar no matriciamento." (E7)

"Você faz uma explanação do que é o NASF, qual a função, qual o papel, os profissionais que estão inseridos, de não tornar ambulatório, de não se realizar atendimentos individualizados, fazer mais num contexto de grupo. Aí, na semana seguinte, você volta para a mesma equipe e tem que falar de novo, porque eles têm uma resistência, por também serem cobrados a dar uma resolutividade, né? A resolutividade para alguns é atender paciente dentro de uma agenda do profissional, resolutividade para eles não é você estar discutindo caso, fazendo PTS, pensando em ações mais abrangentes, né, encaminhar para um atendimento no CRAS, isso não é resolutividade, resolutividade é estar ali apoiando, fazendo intervenção, fazendo a terapêutica. E não é isso, não é bem assim." (E8)

A solicitação da ESF por assistência específica é vista como resistência. Contudo, em uma rede de serviços de saúde deficitária, com uma demanda que carece de intervenções específicas (Paim et al., 2011; Giovanella e Mendonça, 2012), considerar a necessidade das EqSF mera resistência é desconsiderar o contexto da APS atual brasileira e o papel do NASF. A pouca disponibilidade de assistência direta do NASF gera potencialmente uma sensação aos profissionais da ESF de que não estão

amparados. O apoio oferecido se mostra precário para as necessidades do dia a dia, como também identificou Vannucchi (2011) em pesquisa sobre o matriciamento de psiquiatras na APS, e a diferença entre “os que pensam” e “os que fazem” se mostra muito clara, gerando conflitos e um maior valor ao polo que pensa, o NASF.

A resistência percebida pelos profissionais do NASF em relação aos profissionais da ESF pode estar relacionada também ao fato de as EqSF perceberem que um dos objetivos do Apoio Matricial é se responsabilizarem por demandas que não reconhecem como delas, mas, sim, da rede especializada, e percebem como uma tarefa a mais, além de tudo que já precisam fazer. Por isso, os profissionais da ESF insistem na participação mais ativa do NASF na assistência. Por outro lado, a própria mudança da lógica de encaminhamento para uma proposta de construção e ação conjunta pode, em si, promover tensões em vista dos diferentes interesses. O cabo de força da responsabilização pela assistência torna-se explícito em alguns relatos.

"Antigamente a gente acabava trocando as duplas com as equipes, substituindo as que davam mais problema, que confrontavam mais a gente, que não entendiam o modelo, e a dupla estava, lá levando soco na cara, acabava se desgastando, cansando." (E9)

A reunião de matriciamento se mostrou o espaço de maior tensão entre as equipes, pois o cabo de força por quem prestará a assistência se presentifica, uma vez que os profissionais da ESF solicitam atendimentos específicos e os profissionais do NASF reprimem a demanda. Essa situação acaba por validar uma APS seletiva, com oferta de assistência restrita, que, por fim, tende a promover desassistência.

Campos (1999) propôs um novo arranjo organizacional com o intuito de aumentar o vínculo da equipe de referência com a população atendida e criar um modelo de atendimento mais singularizado e personalizado. Em uma rede sobrecarregada com problemas na organização do trabalho, gestão e metas de produção, porém, cuidar de forma integral de todas as pessoas cadastradas no território de atuação das EqSF não parece estar ocorrendo.

Um dos profissionais identifica com clareza e empatia o contexto da situação da ESF hoje no município de São Paulo e os possíveis motivos da dificuldade percebida da ESF compartilhar e desenvolver ações com o NASF:

"Eu acho que talvez um dos maiores entraves façam parte do próprio, como eu posso dizer, do retrato atual do PSF em São Paulo. Isso eu vejo, antes eu também não conseguia entender isso, eu acho que antes eu não era empático o suficiente com os profissionais nucleares para entender algumas coisas, por exemplo, a realidade dos casos em boa parte das vezes é perversa, porque se diz que precisa fazer o acolhimento: ah, PSF é acolhimento, é vínculo, é cuidado longitudinal, é um vínculo especial com as famílias. Como o cara vai fazer isso com o tempo que ele tem? Enfermeiro no PSF acumula várias funções de encabeçar vários programas: vacina, não sei o quê, saúde da mulher, saúde da criança, tem a agenda superapertada, tem o gerente comendo o chicote às vezes nas costas dele. Então o cara está com o tempo super-restrito, acho que esse é um dos empecilhos pro cara querer conversar mais comigo, querer fazer mais atendimentos comigo. E isso eu consigo ver, agora nos últimos dois anos que eu fiquei, isso foi ficando mais claro para mim, que não é fácil para os caras realizar junto de nós o Apoio Matricial, o atendimento compartilhado, capacitações mais abertas, eles não têm tempo muitas vezes, e eles estão com a cabeça em outra coisa: meta, meta, meta, número, número, sabe, assim, tem que ver o programa tal. Aí a supervisão pede, chama: 'olha, você tem que estar aqui tal dia'. Aí, nos dias que a gente marcava alguma coisa, eles eram chamados pela gerente para fazer tal coisa. Então acho que a realidade, entende, concreta deles e como a gestão acaba exigindo coisas dos profissionais que isso faz com, o contexto faz com que eles não estejam tão próximos quanto a gente gostaria, isso é uma coisa bem importante" (E9)

Diferentes pesquisas têm apontado o esgotamento profissional dos profissionais da ESF como uma problemática que merece cuidado em decorrência das consequências emocionais e profissionais que geram danos à saúde do trabalhador e aos serviços prestados à população (Silva e Menezes, 2008; Kanno et al., 2012).

Nessa circunstância, o apoio do NASF é requisitado para a assistência direta à população como forma de dividir a demanda com a já sobrecarregada EqSF. A criação de grupos terapêuticos se mostra como uma tentativa de acolher a grande demanda de sofrimento psíquico. Ações compartilhadas em casos complexos e difíceis em visitas domiciliares conjuntas, e reuniões com outros serviços como o CAPS, também têm sido utilizadas como estratégia para ampliar e viabilizar o cuidado.

Entretanto, percebemos que há dúvidas sobre qual o melhor modelo de cuidado ao sofrimento psíquico. A presença de dois psicólogos no mesmo NASF gerou percepções diferentes. Um profissional avalia ser interessante a oportunidade de trocar com seu colega e o outro demonstra preocupação quanto a maior oferta de psicólogos incentivar o atendimento ambulatorial.

"Tem a possibilidade de vir outra psicóloga na equipe também, e que até minha questão é disso virar ambulatorial, né? Eu acho que fica muito tênue, não sei como você acha, o que a gente consegue individualmente, e o que se caracteriza como ambulatorial, que aí não é essa proposta do NASF... Mas daí a proposta da política do programa é Apoio Matricial, com um enfoque maior, né? Mas é muito fácil tendo duas psicólogas cair no ambulatorial." (E7)

Tais relatos explicitam novamente a tensão vivenciada pelos profissionais entre *matriciamento x assistência específica*. Notamos que os profissionais buscam "não realizar atendimentos específicos individuais para não virar um ambulatório" ação associada a uma concepção de que todos os profissionais podem cuidar da saúde mental. Em vez de o recurso ser considerado positivo, parece que haver recursos suficientes para atender a demanda reprimida descaracterizará a proposta do NASF.

Em tal contexto, salta aos olhos a falta de reflexão crítica sobre a responsabilidade de quem prestará essa assistência (do núcleo específico das profissões, no caso, a psicoterapia), uma vez que não há rede de assistência psicoterapêutica no SUS, e os psicólogos do NASF são vistos como não podendo (ou devendo) atender. Ao mesmo tempo, há um receio de ser consumido pela demanda que também se relaciona à falta de rede e à grande quantidade de casos.

Identificamos que a APS é um lugar potente para esse cuidado articulada com a RAPS. Entretanto, com apenas o apoio do NASF, que circula entre duas e seis UBS, como é possível garantir o cuidado e a qualidade da assistência? Alguns profissionais reconhecem essa problemática e se angustiam com o contexto do cuidado ofertado à população.

"Se você tivesse mais investimento na área da saúde, se você tivesse mais profissionais. Porque é aquilo, o que um enfermeiro hoje tem que dar conta para a secretaria é uma coisa muito surreal. Então o próprio entendimento dos gestores sobre o que é o NASF, o que é a ESF, nos causa uma certa angústia, porque a gente percebe que nós não temos nosso trabalho de uma forma clara e objetiva compreendida por quem é gestor de equipamento. Por exemplo, em uma dessas discussões de rede existia a questão da lei antimanicomial, a luta antimanicomial, e tal, enfim. Aí resolveu tirar os ambulatórios, porque os ambulatórios... Só que hoje dentro da rede você não tem um espaço que absorva esses pacientes que precisam de um acompanhamento com o psiquiatra, de uma psicoterapia, não são casos que precisam necessariamente estar no CAPS, de uma morbidade, de uma patologia mais grave, uma patologia mais moderada, uma depressão, um quadro esquizofrênico, mas que é

possível por meio de uma intervenção medicamentosa você estabilizar esse paciente, uma intervenção terapêutica consegue estabilizar... O CAPS não absorve, esses pacientes não têm perfil para serem atendidos na APS e você não tem algo no meio disso. O CAPS não está suprimindo essa falta, então retira-se os ambulatorios, coloca -se os CAPS, mas não absorve esses pacientes. É muito difícil você inserir um paciente ambulatorial..." (E8)

Para prestar assistência adequada, o profissional entende que é necessário algum tipo de cuidado intermediário entre o NASF e o CAPS. Alguns psicólogos desejam ambulatório porque reconhecem que há a necessidade de um cuidado contínuo e outros porque querem preservar a identidade profissional com a oferta de psicoterapia. Há ambiguidades, porém. Alguns profissionais evitam a assistência especializada, mas reivindicam ambulatorios. A questão que se coloca não é a assistência, mas a assistência fragmentada. Se a intenção do NASF é promover cuidado compartilhado, encaminhar para um ambulatório é romper com a proposta da corresponsabilização. E os profissionais do NASF atenderem não deveria ser um problema se a conduta for pactuada no coletivo com um projeto terapêutico conjunto.

Esse contexto alerta para uma discussão sobre os cuidados em saúde mental. Espera-se que a APS seja sempre a referência do cuidado, pelo vínculo, proximidade do território, e por garantir a longitudinalidade (Starfield, 2002), porém, com a sobrecarga de tarefas dos profissionais e o difícil acesso aos especialistas (mesmo pertencentes à APS, incluindo o NASF), há uma parcela da população que não está sendo assistida de forma adequada, e os profissionais que identificam essa carência se sentem impotentes e se angustiam com a situação.

"Acho que esse é que é o problema, você sabe que a pessoa, alguns, não são todos os pacientes, estão precisando, estão em sofrimento, querendo um atendimento, você... No meu caso estou em duas UBS, sem muita parceria de fato, e sem estar dentro dos moldes na estratégia NASF mesmo, entendeu? Que às vezes eu sinto que eu estou... num ambulatório ambulante... um ambulatório ambulante tentando, não sei, assim. É bem complicado, eu discuti com o pessoal lá da outra OSS, 'ah tá, o que você faria com esse caso?'- 'encaminharia para o psicólogo', 'ah tá, no SUS não tem'. Então, será que a gente não está fazendo psicologia para pobre? Já me questionaram isso: você está fazendo psicologia para pobre ou você acredita mesmo nessa estratégia? Como é que é isso?" (E12)

A falta de recurso especializado, adequado e suficiente para a necessidade da população nos remete novamente à concepção da APS seletiva, em que os serviços de saúde oferecidos têm baixa resolutividade, com capacidade para enfrentar um número limitado de problemas e objetivos restritos (Giovanella e Mendonça, 2012).

Azevedo e Kind (2013) também identificaram que o NASF não está conseguindo absorver a demanda vinda da ESF, deixando muitos casos sem atendimento, ou, por causa da periodicidade do atendimento ser mensal, há um comprometimento da qualidade do trabalho, e Leite et al. (2013), em pesquisa que objetivou analisar a inserção da psicologia no NASF, referem que os psicólogos *"lutam para afastar-se da clínica tradicional"* (p.1.176) pela grande demanda por atendimento individual. Corroborando com pesquisa de Moraes e Tanaka (2012), que também verificaram acesso restrito à equipe de Apoio em pesquisa sobre os alcances e limites do Apoio Matricial em saúde mental na APS.

Apesar de alguns psicólogos entenderem a proposta do NASF como contrária à assistência individual, desejam que o sofrimento psíquico seja cuidado, embora não tenham muita clareza do modelo político e assistencial em que acreditam. Para si rejeitam a assistência individual específica, mas reivindicam a falta desses serviços.

Um profissional revelou que muitos casos atendidos pelo NASF se perdem em razão do curto tempo de reunião para discussão de todos os casos e devolutivas.

"Existia essa queixa das equipes que não... Os casos que eram discutidos se perdiam, se criou só uma reunião para as devolutivas para dar mais, ter mais controle longitudinalmente sobre os casos. Então separou-se casos novos das devolutivas mais para ter esse controle. Então, é mais uma dificuldade que a gente percebe, né, que às vezes, trouxe o caso para a discussão, passou para o NASF, 'vamos passar para o NASF', o NASF é responsável por aquele caso, daí vira mea culpa... às vezes acontece... com a quantidade de equipe, de situações, se você não tiver um controle e uma disciplina muito... um planejamento e uma organização muito boa, você acaba realmente deixando de dar algumas devolutivas e casos se perdem." (E8)

O relato de E12: *"ambulatório ambulante tentando não sei assim"* sugere que os profissionais não identificam qual a finalidade do trabalho, não reconhecem o objetivo do NASF e questionam a efetividade do apoio ofertado, explicitando novamente a tensão entre matriciar e atender, sendo o matriciamento entendido como não atendimento, ou um atendimento "malfeito".

A dúvida sobre acreditar na proposta ou realizar *"psicologia para pobre"* se relaciona novamente à pouca oferta de consultas individuais, nas quais o Apoio Matricial é questionado e o atendimento ambulatorial desejado. De qualquer forma, a precariedade da rede é explicitada como um grande empecilho para o desenvolvimento do trabalho.

A profissional E6 destaca a falta de recursos de sua região, principalmente em relação à psiquiatria, categoria que também não tem em sua EqNASF (onde é a única profissional de saúde mental da equipe):

"O certo seria nessa Unidade de Apoio [ambulatório da região com algumas especialidades] ter um ambulatório de psiquiatria e nós não temos, então, os psiquiatras estão dentro do CAPS que só vem atender os pacientes do CAPS..." (E6)

A profissional E3 também pontua a falta de recursos em sua região, também localizada na periferia do município, em outra Coordenadoria de saúde.

"A gente está em uma região afastada, onde não existe atendimento terapêutico de referência, onde as pessoas não saem para buscar esse atendimento e elas têm necessidade desse atendimento..." (E3)

A questão da distância e da dificuldade de completar as equipes de APS não está relacionada apenas ao NASF. Regiões afastadas na periferia sofrem com a falta de profissionais interessados e disponíveis para a atuação nesses locais, principalmente de médicos. Muitas OSS oferecem vantagens para os profissionais médicos, em detrimento a outros profissionais, com o intuito de estimular o interesse desses profissionais para trabalhar em regiões distantes, como bem explicita um entrevistado ao falar sobre a categoria médica:

"Ganha-se bem, tem algumas flexibilidades, tem alguns condicionantes que os beneficiam, diferente das outras categorias. O médico tem um dia flex, ou seja, um dia da semana ele pode não vir trabalhar porque ele vai fazer outras coisas, as outras categorias não têm essa possibilidade. Os médicos têm direito a um carro que vai buscar no metrô e lavá-lo para a UBS caso ele assim queira, as outras categorias não tem, pra quê? Pra chamar esses caras para essas regiões mais afastadas porque eles não querem vir..." (E8)

Esse contexto da dificuldade de profissionais atuarem em regiões periféricas está relacionado com o mercado de trabalho e com sua oferta, o que gera uma desigualdade no tratamento entre as diferentes profissões e regiões. Tal desigualdade pode resultar em diferenças de poder nas relações entre os membros de uma mesma equipe multiprofissional, em que determinadas profissões, ao serem privilegiadas, podem gerar, no interior das equipes, desqualificação dos outros profissionais caso não haja reflexão crítica sobre os valores sociais das especialidades e compreensão do contexto social do mercado de trabalho. Psicólogos do NASF no Ceará identificaram uma relação vertical e centralizada nos médicos, a qual promove prejuízos ao trabalho interdisciplinar (Leite et al., 2013).

Segundo Peduzzi (1998), é possível estabelecer uma relação de trabalho multiprofissional do tipo "equipe integração" mesmo onde há relações assimétricas entre os integrantes da equipe. Observa, porém, que na *"situação de trabalho coletivo onde há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes ocorre maior integração na equipe"* (p. 236).

A grande valorização da medicina promove um impacto direto no NASF. Uma das entrevistadas explicitou essa tensão:

"Quando fala em reunião de saúde mental, às vezes acha que é a reunião da psiquiatria, que tem aquela... A saúde mental é só psiquiatria... 'quando não tem psiquiatra não vou fazer reunião'... Não! Vamos pensar a saúde mental como um todo. Já falaram [EqSF]: 'mas, ah, sem a psiquiatra a gente não vai começar...' Como assim? (risos) E aí de pensar, vamos pensar na saúde mental como um todo, né? Não somente a medicação, vamos pensar um pouco..." (E7)

A profissional traz também em sua fala a concepção de saúde mental que percebe que as EqSF têm ao considerar que a discussão dos casos de saúde mental só pode ser realizada com a presença do psiquiatra, desvalorizando as contribuições de outros profissionais que atuam e manejam saúde mental, como o próprio psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros. Tal valorização relaciona-se à formação dos profissionais estar pautada no modelo biomédico (Peduzzi, 1998).

Por fim, na rede de saúde o termo *matriciamento* tornou-se conhecido e senha de acesso para a articulação de casos com outros serviços.

"Eu liguei no CAPS e falei o seguinte, falei com a enfermeira: 'será que o psiquiatra daí que atende esta paciente, pode conversar com o médico daqui?' E aí ela fala assim: 'não, não pode, isso é antiético, ele que tem que medicar'. Aí eu falei: 'eu achei que a gente podia matricular o caso'. Aí, quando eu falei matricular, foi palavrinha mágica: 'ah, não, tudo bem, eu vou chamar o médico...' (risos) Acho que a confusão é geral, é tão geral (risos)." (E3)

Observamos que a tensão entre *matriciamento* x *assistência específica* está diretamente relacionada à grande demanda de sofrimento mental, somada a visibilidade dos casos que o próprio matriciamento proporciona com o levantamento de necessidades, aliada à falta de profissionais especialistas disponíveis para a assistência específica.

Consideramos que a proposta do Apoio Matricial só se efetivará com a existência de recurso suficiente para ações compartilhadas paralelas à possibilidade de consultas específicas. Contudo, o atendimento, seja individual, seja em grupo, precisa estar articulado com o trabalho coletivo das equipes para garantir que as intervenções não se realizem de forma isolada e segregada entre os profissionais e especialidades envolvidas.

Para resolver a cisão entre EqNASF e EqSF e concretizar a proposta de Apoio Matricial, entendemos que os profissionais do NASF precisam fazer parte da ESF. Os profissionais precisam integrar a equipe e responsabilizar-se efetivamente por sua população, e não ser apenas um apoio. Há uma demanda por especialistas na APS com casos que são pertinentes à APS, mas a EqSF, só com orientações ou com ações conjuntas restritas (pois não há tempo para compartilhar todos os casos), não consegue se responsabilizar de forma integral por tudo. Para tanto, é preciso que as EqNASF apoiem um número menor de EqSF para que as ações deixem de ser apoio e se tornem ações compartilhadas e integradas de uma equipe interdisciplinar.

4.3. Trocas e capacitação: contribuições do psicólogo ao campo da APS

As trocas de saber apareceram com mais intensidade nas consultas compartilhadas e reuniões de matriciamento. Os psicólogos identificam mudanças no olhar da EqSF a partir da atuação do NASF, melhora na identificação de casos que

necessitam (ou não) de intervenção psicológica e avanços em relação à desmitificação dos transtornos mentais.

"Da recepção estar falando com menos preconceito do louco. Isso já é uma intervenção. Do pessoal não ficar mais olhando torto... 'ah aquele ali é fumeirinho... então vamos deixar o guardinha perto, vai que faz alguma coisa...'. Isso já dá uma... não seria de sensibilização o termo, mas de uma intervenção mais política, assim, nesse intuito..." (E14)

"Aconteceu uma situação com uma médica da gente discutir um manejo, era um transtorno de personalidade e toda vez que ele [paciente] ia lá, ela [médica] ia e fazia a receita, ia e fazia a receita. Teve uma vez que eu fiz uma intervenção um pouco dura para que ele se implicasse, e aí a gente foi para uma discussão de caso, deu uma quebrada de pau, assim, ela ficava nessa posição de 'coitado, essa família' e tal. E depois ela veio saber que quem rasgava as receitas (ele falava que era a família) era ele. A esposa contou que quem rasgava era ele, então ela conseguiu perceber que tinha um jeito dele funcionar que ia lá, se vitimizava, ficava pedindo atenção dela a todo momento, mas que a gente precisaria intervir de uma outra maneira, para que ele se implicasse no acompanhamento dele, ou não, mas não dava para ele toda vez deixar a médica refém dessa situação. E aí depois da gente ter discutido o caso, até ter quebrado o pau, em ter divergências em relação a isso, eu pude explicar o funcionamento dele, e que o manejo dele deveria ser outro. E aí isso aconteceu, foi bem bacana, né? Mas não adianta você vir, falar o que você... e não ouvir o outro, né? Eu ouvi, ela falou 'eu não acho que tem que ser assim, eu preciso dar a receita tal', e a gente conseguiu construir isso, até que ela percebeu que tinha algo dele que fazia com que ele ficasse nessa posição de vítima." (E12)

Os psicólogos reconhecem a importância de compartilhar conteúdos técnicos sobre saúde mental para desconstruir preconceitos com os pacientes que sofrem de alguma patologia e melhorar o manejo. Alguns salientam a importância do atendimento conjunto para que tensões relativas ao trabalho compartilhado sejam superadas.

"Então desmitificar um pouco a saúde mental, falar e trocar um pouco sobre os manejos da saúde mental, se o paciente é leve, se é grave, se é moderado, que tipo de ações a gente vai propor para cada família e para cada paciente. Eu acho que falar um pouco, assim, mais técnica de psicopatologia: 'poxa, mas o que é esse cara que fala essas coisas, onde ele se encaixa, porque ele falou isso e não falou outra coisa'. Sabe, poder trocar mais alguma coisa nesse sentido. E, quando você faz isso no compartilhado, eu acho que, nossa, as expectativas ruins que as pessoas têm, os medos, aquela tensão, ela vai embora." (E9)

Para os psicólogos, as reuniões de matriciamento são espaços educativos em que a EqSF pode trazer situações com as quais estão com dificuldade, ou a EqNASF pode apontar uma demanda que identifica como problema de sua perspectiva de saber, e os outros profissionais não.

"Vai sendo o que a equipe consegue enxergar. E aí entra um trabalho nosso de ajudar a equipe a enxergar coisas que não está acostumada. Por exemplo, no início que eu comecei, eles não achavam problema criança que faz xixi na cama, nenhuma equipe achava que isso era problema, eles achavam normal. Tinha criança de 10 anos fazendo xixi na cama, e eles: 'ah, então, mas isso acontece'. E não, isso não é normal, com 10 anos a criança não deve mais fazer xixi na cama, normal é muito menos do que isso, com 2, não com 10. Hoje em dia é muito difícil aparecer uma criança que faz xixi na cama que não tenha um mínimo de atenção, que não tenha isso investigado, não tenha isso questionado, no mínimo. Então, acho que é um trabalho de apoio em relação ao que a equipe percebe, é um trabalho de ajudar a equipe a perceber coisas que eles não foram treinados, ou não estão acostumados. Eu digo que às vezes eu acho que é um trabalho de supervisão, às vezes eu acho que é um trabalho de, não sei, quase educativo mesmo." (E13)

Entretanto, o olhar da ESF não é considerado, não há menção do porquê as EqSF considerarem normal uma criança fazer xixi na cama, por exemplo. A situação é avaliada da perspectiva do psicólogo com o viés de seu saber.

Os entrevistados consideram que suas intervenções com as equipes podem ser pedagógicas e eficientes, pois questões objetivas, como orientações sobre desenvolvimento infantil e identificar e diferenciar depressão e tristeza, são possíveis de serem assimiladas, mostrando resultados positivos na mudança de olhar e manejo dos profissionais da ESF do sofrimento mental.

"Da psicologia? Têm muitas questões que, objetivas, que eles aprendem muito fácil, questões de desenvolvimento infantil que eles não sabem, assim, eles aprendem super-rápido, dados objetivos, isso é normal, isso não, com isso fica atento, com isso não, isso precisa, isso não precisa dar atenção. Isso é muito rápido de eles conseguirem pegar, esses sinais óbvios. Quando a gente começou, eu lembro que quando estava o psiquiatra, qualquer um que chorava, aparecia com um diagnóstico de depressão. Chorou era depressão, era só o que aparecia. Aí vinha automaticamente com a equipe querendo que eu e ele atendesse. Hoje em dia, é muito difícil vir um diagnóstico de depressão errado, assim: 'porque chorou está deprimido.' Isso é uma coisa que acho que aos poucos a gente foi conseguindo ir formulando, como a gente faz diagnóstico do que, mesmo que seja por critérios

médicos muito objetivos, mas eu ainda acho que é melhor do que aquela banalização do início, de que todo mundo era deprimido, todo mundo era ansioso, todo mundo tem que tomar um remédio porque está deprimido." (E13)

"Então, acho que hoje em dia os médicos que a gente trabalha hoje estão muito melhores, assim, avaliar o que é necessário medicar ou não, não sair medicando qualquer um que chora dentro do consultório e não achar que só porque a pessoa está chorando isso quer dizer alguma coisa, ou se a pessoa não chorou é porque não tem nada. Acho que as avaliações têm melhorado muito." (E13)

Na prática, identificamos que o matriciamento observado se apresentou mais como capacitação e supervisão, de forma relativamente vertical, apesar da forte valorização dos profissionais sobre a troca horizontal, embora a proposta de metodologia do Apoio Matricial (Campos, 1999) não utilize o termo capacitação. O trabalho educativo tem via de mão única, em que as EqSF são ensinadas sobre determinado assunto, mas o oposto pouco é relatado. A capacitação de um determinado saber pode ampliar o olhar e a possibilidade de atuação da EqSF, entretanto, a pouca abertura dos profissionais do NASF para serem também capacitados assinala a falta de troca e uma relação de poder.

As discussões de caso sobre pacientes e intervenções se mostraram ricas quando os técnicos do NASF participantes do caso compartilharam condutas de forma horizontal, propiciando a ampliação de olhar para uma subjetividade que não estava sendo compreendida.

"Acho que a equipe conseguiu colocar um pouco aquilo que ela percebia no caso, então acho que a gente empoderou a equipe para fazer isso, porque a equipe ficava só nessa posição de reclamar da paciente, 'paciente chata', e a gente conseguiu mudar isso. Olha, tem umas questões dela, ela está dizendo para a gente: 'Olha, não estou dando conta da minha vida.', e a gente foi revendo e a postura da equipe foi diferente, eles conseguiram colocar um pouco mais isso em prática. Então eles aprenderam a parar de ficar só achando problema, ou julgando o paciente, então vamos aprender a lidar com ele, né? Porque, assim, está indo lá solicitar atestado, remédio, é porque as coisas também não estão legais, né?" (E12)

Nas consultas compartilhadas, a possibilidade de outro profissional reconhecer junto com o psicólogo a questão emocional emergente na situação, tanto quanto do

psicólogo reconhecer questões de outra área de saber, é reconhecida por uma psicóloga como a prática de matriciamento de fato.

"Por exemplo, eu estava atendendo com uma enfermeira e a moça começou a chorar porque a mãe dela faleceu e ela acha que foi uma questão de erro médico. Aí a enfermeira estava muito preocupada de falar na questão do erro médico. E, se a questão era erro médico ou acerto médico, não importava, o que importava era que ela estava muito triste porque a mãe dela morreu. Mesmo que não fosse, não importa o motivo. E aí nesse dia a gente fez. Eu tentava puxar um pouco para esse lado, tirar do erro médico: 'Me fala da sua mãe, me explica como foi, o que aconteceu e não sei o quê'. Terminou o atendimento, foi ruim o atendimento, foi péssimo. Eu falei: 'Você viu que você estava muito concentrada em ouvir isso, a questão do erro médico, e eu acho que não era isso que ela precisava falar hoje', - 'Mas eu acho um absurdo, porque esses médicos fazem o que querem e não são responsabilizados', ela estava, assim, superdefensora. Aí eu falei: 'Então, mas isso não vai mudar o fato que ela perdeu a mãe dela, é por isso que ela está mal, porque ela perdeu a mãe dela'. Aí ela ficou parada, pensando, pensando, na hora não me falou nada. Essa foi no mês passado. Aí, essa semana, a paciente veio de novo e a gente atendeu em conjunto. Aí ela ficou quieta e eu comecei a questionar sobre o que ela vinha fazendo, o que não vinha, ela falou que tinha voltado a trabalhar, aí falou da mãe. Aí a enfermeira começou a entrar nessa história: 'Ah, mas você conseguiu resolver o que tinha para resolver com sua mãe, não ficou nada pendente?', 'Não, eu consegui resolver, não ficou nada pendente, eu consegui falar tudo que eu queria' e não sei o quê. E depois do atendimento a enfermeira falou: 'Acho que entendi, porque não importa do quê que morre, né? Eu fiquei pensando, porque as pessoas que eu perdi, não importa, né? A gente sente do mesmo jeito, né? Entendi, agora acho que eu vou me preocupar mais com essa parte'. Quer dizer, no primeiro dia ela não entendeu do que estava falando, precisou de um outro atendimento, aí ela deu um passo para trás, né? Tipo, ficou um pouco olhando, um pouco mais prestando atenção para cair um pouco a ficha. E do outro lado também, tem um milhão de coisas de enfermagem que eu aprendo que jamais na minha formação eu aprenderia assim. Eu ajudei a colher um papa outro dia, e eu sou uma psicóloga. Ajudar, assim, eu estava junto, era uma paciente que tinha uma questão de violência que eu atendia e perguntou se eu podia ficar junto na sala, eu falei que podia. Jamais eu ficaria junto em uma sala para colher um papa, eu sou uma psicóloga, mesmo assim... Então, essa troca, de eu poder ensinar o que eu sei e a equipe me ensinar coisas que jamais eu aprenderia de outras maneiras, isso pra mim é o processo de matriciamento, quando a gente consegue ter essas trocas." (E13)

Obstáculos subjetivos, como excesso de identificação com a especialidade e inseguranças e desconfianças entre profissionais, já preconizado por Campos e Domitti

(2007) apareceram no cotidiano de trabalho multiprofissional dos entrevistados. As atribuições dos profissionais, a demarcação dos limites de sua profissão e as possíveis trocas de saber podem gerar ameaça e melindres nas relações.

"Às vezes você trabalha com colegas que tudo bem você invadir a área de especialidade deles, tudo bem eles invadirem a sua, isso não é tão ameaçador e a coisa vai acontecendo mais naturalmente. E tem colegas que não, que se sentem mais ameaçados com isso, que estão mais presos a isso, ao papel do fulano, da categoria tal, é muita coisa que vai desenhando, assim, como vai funcionar, e isso não está nas portarias, né?" (E11)

A falta de confiança entre os profissionais da ESF e do NASF também apareceu como um obstáculo, chegando a ser citado que a importância de ter um profissional do NASF de referência nas reuniões de matriciamento tem como objetivo acompanhar os acordos, pela desconfiança da EqSF aproveitar a presença de novos profissionais para desresponsabilizar-se de acordos feitos anteriormente.

"O importante é só ter uma referência, pelo fato de você não estar sempre com o mesmo profissional na reunião de matriciamento, você pode falar o que você quiser, e quando você tem um profissional que já esteve na reunião anterior, quando vier uma fala de um caso, esse profissional vai ter acompanhado para também se colocar, 'ah mas foi combinado na reunião anterior que a equipe [NASF] ia discutir o caso e dar o retorno na sexta, como estavam dois profissionais [do NASF] novos' 'poxa, então a gente falhou...', mas se tiver um, 'olha isso não foi conversado, pactuamos de nós conversarmos semana que vem', sabe para evitar realmente... então é importante ter essa referência ..." (E8)

Novamente aparece um campo de tensão entre as equipes, porém, de caráter subjetivo, o que pode potencializar as dificuldades de colaboração do trabalho.

Contudo, os entrevistados identificaram contribuições da psicologia aos profissionais da APS. A escuta foi citada por quase todos os entrevistados: foi considerada a ferramenta mais importante e necessária para os profissionais em saúde, pois proporciona acolhimento, construção de vínculo e sensibilidade para compreender o outro. Os psicólogos consideram que as EqSF têm muita dificuldade de ouvir, de acolher o sofrimento do outro, e muitas vezes se misturam, não conseguem ter um distanciamento, e olham para pacientes como coitados ou vilões.

"Eu acho que a nossa principal e mais importante função, e eu entendo que em relação aos outros profissionais, é a questão da escuta. Eu tenho a leitura que a escuta faz diferença para qualquer intervenção, de qualquer técnico ou profissional de qualquer área. Eu acho que a gente está passando por uma fase onde as pessoas têm muita dificuldade de ouvir, mas acho que estar disponível a ouvir o outro é algo que é muito difícil. Acho que a escuta é o principal, porque todas as outras questões acabam vindo como consequência. Então, se eu tenho essa disponibilidade de ouvir o outro, eu vou construir vínculo, eu vou conseguir acolhê-lo, eu vou conseguir ter um olhar e uma sensibilidade para entender algumas coisas que talvez eu não entenderia sem essa escuta. Então a escuta traz essas coisas como consequência, e acho que a gente tem o desafio de transmitir e fazer as pessoas entenderem o quanto isso é importante. E eu sinto nas reuniões, no contato, no dia a dia, de forma empírica até, o quanto as pessoas têm dificuldade para ouvir. E eu falo de questões mais primárias, assim, de você estar em uma reunião tratando coisas importantes, reunião geral de equipe onde estão todos os profissionais, e as pessoas com conversa paralela, sem essa escuta disponível, as pessoas de não pertencimento aquele momento. Isso tem tudo a ver com a escuta, então eu entendo que a gente, como profissional da área da psicologia, onde a escuta é nosso principal instrumento de trabalho, que a partir daí que a gente vai trabalhar com a transferência, talvez esse seja nosso principal desafio. Sem a escuta a gente não consegue o resto." (E15)

A disponibilidade para ouvir não está relacionada à formação técnica do profissional, há ACSs que não possuem formação acadêmica muito disponíveis à escuta, tanto quanto há técnicos bem graduados indisponíveis. Essa disponibilidade é vista pelos profissionais como uma sensibilidade de caráter pessoal.

"Tem ACS que eu acho bem mais sensível que alguns médicos... ou enfermeiro, e que não fez nenhuma graduação, então, não tem a ver com formação, eu acho, tem a ver mesmo com sensibilidade." (E2)

Compreendemos que a escuta, vista pelos psicólogos como algo que eles podem ensinar, deveria já pertencer ao cotidiano dos profissionais da Saúde da Família, uma vez que a ESF tem um recorte territorial bem definido e seu trabalho é focado no vínculo e no acompanhamento contínuo. Sobre essa questão, Saraceno et al. (2001) já haviam oferecido subsídios para a construção da *"atitude psicoterapêutica"*. Os autores consideram que qualquer profissional pode escutar o paciente, falar pouco, aceitar o que ele diz e vive, ajudá-lo a ter mais clareza sobre as situações e problemas que vivencia e favorecer sua autonomia para tomada de decisões. A escuta, portanto, é vista pelos psicólogos como uma tarefa comum à todos e que pode qualificar a assistência primária.

Os psicólogos compreendem que a intenção não é que os profissionais façam psicoterapia e intervenções clínicas muito específicas, mas pontuam a necessidade de um acolhimento pertinente à APS, sem que condutas protocolares de encaminhamento sejam reproduzidas indiscriminadamente. Observamos, no entanto, que os psicólogos falam muito de escuta, mas escutam pouco, a voz das EqSF quase não aparece nos seus relatos, e a competência e as habilidades da ESF são pouco consideradas.

"Olha, eu não posso exigir que a pessoa faça um psicodiagnóstico, não é esse o fim, ou 'deixa que ele dá conta de fazer uma psicoterapia por si', acho que não. De fato faltaria experiência, bagagem, formação técnica mais dura, tecnologia mais dura. Mas acho que possibilitar essa pessoa fazer uma escuta mais empática, ter uma escuta maior para as questões de saúde mental no geral, isso dá para ser feito, questões nesse sentido, de como nortear um pouco mais a atuação e, claro, aprimorar um pouco mais a escuta, não é porque chorou na consulta que manda para um psiquiatra, no caso de um atendimento de uma enfermeira. 'Chorou, psiquiatra... encaminha...'. Não, calma, ouve quem que é essa pessoa. Com o tempo vão ficando com essa possibilidade de resolver essas demandas sem necessariamente estar encaminhando. Acho que daria para ser mais terapêutico nesse sentido, sem precisar ficar necessariamente na mão do psicólogo." (E14)

O contexto social que vivemos, de *"patologização da normalidade"* (Ceccarelli, 2010), em que situações da vida estão se tornando doença, aparece no relato dos entrevistados, pois questões do processo de vida, como um luto ou uma tristeza, por exemplo, são percebidos nos encaminhamentos para o psicólogo ou psiquiatra sem uma melhor avaliação.

"Agora também tem outra questão: se a gente conseguisse ter força, e aí eu acho que vem de cima para baixo, também te ajudando nisso, e até mesmo força para ir contra as correntes sociais, onde tudo é psicologia e tudo é remédio. Se a gente conseguisse desconstruir isso, aí ia ser muito bacana, mas acho que a gente nada muito contra a corrente, é você e mais um dizendo: 'Não, essa pessoa não precisa ser medicada, não precisa encaminhar essa pessoa para o psiquiatra, essa pessoa não precisa de uma consulta com o psicólogo, talvez uma escuta qualificada. Aqui tem um grupo meio de convivência, não acho que essa pessoa precisa de um grupo psicoterapêutico de fato, vai num grupo de convivência, tem muito idoso para compartilhar essa questão'. Então acho que a gente nada muito contra a corrente, porque vem tudo, chorou, está mal, ou luto, às vezes nem é um luto patológico que precisa de uma consulta com o psicólogo, entendeu? Então, você vai abarcando casos que se a ESF abraçasse de atender de uma maneira, sem olhar para essa coisa do psicólogo estar junto, ou se tivesse para onde encaminhar que não fosse somente algo

específico de saúde mental, esses grupos mais de convivência, eu acho que ficaria também mais fácil." (E12)

A profissional problematiza uma possível divisão de tarefas entre as diferentes profissões. Entende que se a ESF também cuidar do que é comum a todos, se todos cuidarem do que é de todos, do que diz respeito aos cuidados comuns da APS, há mais espaço e tempo para se dedicar ao que é específico. Ao mesmo tempo, ela critica a medicalização e coloca saídas para ela, com uma prática de APS mais comprometida com a população e potencialmente desmedicalizante. Tanto o *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (Chiaverini, 2011) como o *Caderno de atenção básica - saúde mental* (Brasil, 2013) enfatizam a importância de todos os profissionais exercerem atividades de cuidado em saúde mental, compreendendo que essa tarefa é de todos os profissionais de saúde.

"Porque eu acho que às vezes eles acham que alguém que está, claro, um sofrimento, a moça que o marido traiu, claro que é um sofrimento, mas será que isso é algo que precisa de uma intervenção imediata do psicólogo? Ou isso é algo que dá para ser feito pelo profissional da ESF até reconhecer se tem um desejo de terapia ou de grupo ou de grupo de convivência dessa pessoa, antes que seja feito um encaminhamento para o NASF, acho que alguns profissionais conseguem esperar esse 'time' do paciente e outros já vêm atropelando, 'não, fulano precisa de psicólogo'. E, de fato, aqueles pacientes esquizofrênicos que estão sofrendo em casa? Que a gente não consegue ter tempo para fazer uma busca ativa e saber que aquele cara está isolado, está sem ir ao CAPS ou sem medicação." (E12)

Questões dos ciclos de vida são demandas que todos os profissionais da APS podem acolher e cuidar, sendo necessária a intervenção de um núcleo de competência quando há a necessidade de um aprofundamento e uma conduta específica. A psicóloga está também preocupada com a escassez de recursos e a racionalidade de seu uso, priorizando casos mais graves. Ao compreendermos que os cuidados em saúde mental são complexos e frequentes, reconhecemos a APS e todos os profissionais de saúde como potencialmente capazes de cuidar de adoecimentos e sofrimentos mentais comuns, leves e moderados, ampliando a concepção de saúde. Essa tarefa, porém, não pode ser exclusiva da ESF, os núcleos de competência precisam compor a construção do cuidado de forma dialógica e integral.

"Eu entendo a saúde mental muito além dessa questão emocional de entendimento do sofrimento. A saúde mental está atrelada à qualidade de vida, a saúde mental está atrelada a conseguir um trabalho que você esteja satisfeita, está atrelada com ser feliz com quem eu sou, com o meu corpo, está atrelada ao meu lazer, está atrelada a muitas outras coisas que não simplesmente a minha relação com o meu sofrimento." (E15)

Observamos que os encontros entre as equipes da ESF e do NASF possibilitam trocas. Há aprendizados e mudanças de olhar, porém, as trocas bem-sucedidas apareceram de forma tímida e a horizontalidade preconizada ocorre em pouquíssimos momentos.

As dificuldades referentes ao campo subjetivo se mostraram obstáculos significativos que demandam predisposição dos profissionais para o encontro compartilhado e uma gestão atenta às singularidades desses encontros para colaborar na construção de trocas de saberes e cuidado conjunto.

4.4. Dificuldades da integração e o desafio da clínica psicológica no NASF

Tendo em vista as inúmeras dificuldades e desafios que os profissionais do NASF enfrentam, identificamos como resultado desse processo um distanciamento da EqNASF no sentido de não conseguir compartilhar grande parte das ações com a EqSF, gerando atuações solitárias, seja entre os profissionais da EqNASF, seja do psicólogo.

"Com a Estratégia, engraçado isso... né? A gente é apoio para a Estratégia e trabalha mais com o NASF, é isso mesmo. Com a Estratégia a gente faz pouca coisa, são poucos os trabalhos que a gente faz." (E4)

"Nas escolas eu geralmente ia com alguém do NASF ou sozinho. Existe um projeto nas escolas que a UBS agora precisa fazer, entendeu? Aí a saúde bucal fazia. Mas as coisas que eu fiz foram mais sozinho ou com o NASF." (E4)

"Porque eu fazia muitas coisas comigo, porque eu não enxergava pares, não na equipe do NASF, é outra coisa, mas na equipe nuclear eu não encontrava pares. Acho que as pessoas queriam encaminhar, queriam encaminhar. Aí, quando eu falei que ia sair, muitas ficaram: 'E agora, como a gente vai ficar?' E isso foi um retrato para mim, retrato que eu fiz muitas coisas sozinho, não que eu quisesse, mas porque eu não encontrava pares comigo, não encontrava pessoas que quisessem compartilhar." (E9)

"É claro que a maior parte dos atendimentos compartilhados acabavam sendo realizados entre os profissionais NASF, esse número era maior do que os compartilhados com a EqSF." (E9)

Um dos entrevistados refere que sua equipe precisou rever sua logística, pois identificaram que viviam em um "universo paralelo". A forma de organização do NASF pode gerar um distanciamento do trabalho da ESF, caminhando na contramão da proposta da construção conjunta. E, para essa equipe, ao rever a organização e o processo de trabalho, foi possível transformar as relações entre as equipes.

"É, mais já foi por um bom período, né? Porque isso [logística] mudou agora em janeiro. Em 2011 isso foi mudado, constatou-se que a gente ficava muito num universo paralelo em relação a EqSF, ESF, e para aproximar a gente foi dividido, então tinha um rodízio. Sempre tinha gente aqui, e sempre tinha gente lá [outra UBS], todos os dias da semana, para tentar essa aproximação e para tentar aumentar essa parte do compartilhado. Eu acho que por um lado isso foi bom, justamente porque aproximou, mas, por outro, se perdeu essa coisa do compartilhado entre NASF de um ser matriciado pelo outro. Mesmo porque toda hora tem uma rotatividade muito grande, né, dos profissionais, e aí tem gente sempre entrando que não sabe o que é o NASF (...). É, eu quero dizer que a gente ficava, justamente isso, né, pegando a responsabilidade dos casos só pra gente, ficava fazendo coisas só entre a gente, grupo entre a gente, visita entre a gente, e acabava não também... como se via uma indisponibilidade das pessoas da Estratégia de também quererem fazer as coisas juntos, meio que a gente se fechou, acho que uma coisa até de proteção assim, sabe? (...). Eu acho que o fato da gente ter ficado rodiziado por um tempo, por outro lado, aproximou a gente da Estratégia, e agora acho que não tem mais como a gente ficar nesse universo paralelo que a gente tinha no começo, eu acho que a gente está mais misturado mesmo e mais integrados com as unidades." (E5)

De acordo com os entrevistados, essa segregação da EqNASF aparece no modo como a EqSF se relaciona e solicita apoio, nomeando "casos NASF" os casos que são discutidos e atendidos pelo NASF, distanciando-se da responsabilidade de ser referência de todos os casos que pertencem ao território por compreenderem que demandas específicas são das especialidades.

"Eles têm essa separação, né? É caso NASF. Isso me irrita tanto. Gente, não é caso NASF... (risos). Caso NASF eu entendo outra coisa, né? É um caso da equipe. Primeiro que é de vocês, a gente entra como ampliador, né? Como mais uma força de trabalho." (E10)

Novamente aparece um cabo de força entre as equipes que disputam de quem é a demanda. Nem o NASF nem a ESF têm clareza sobre de quem é a tarefa assistencial da clínica do sofrimento psíquico. O NASF se respalda na interpretação seletiva da política, considerando que "não devem atender", e a ESF considera que essa tarefa é dos especialistas. Enquanto as equipes e a gestão não compreenderem que essa demanda é pertinente à APS, que um trabalho colaborativo e repartido entre as diferentes profissões permite assistir a essa população, e não forem criadas condições de trabalho adequadas para que esse trabalho colaborativo ocorra, as tensões e conflitos serão mantidos, e a população será menos assistida. A compreensão, por si só, não promove mudanças, o trabalho colaborativo precisa ser construído.

Mesmo com as tensões sobre a assistência, os psicólogos desenvolvem atividades de seu núcleo de saber. Os grupos de psicoterapia são realizados pelos psicólogos sem a participação de outros profissionais, por considerarem ser uma especificidade da psicologia. Uma psicóloga referiu fazer sozinha, em razão da dificuldade de compartilhar com profissionais que não possuem formação em saúde mental e também por questões relacionadas ao sigilo, especialmente ligado aos ACS, como explicita:

"Tem muita queixa de paciente que a informação vaza na vizinhança, então isso no começo foi uma coisa que a gente teve dificuldade de trazê-los [os pacientes] para participar de grupos por causa disso. Eles achavam que todo mundo ia ficar sabendo, porque já tinham passado por isso, então isso acontece mesmo. Então, não tem um trabalho pessoal para o agente comunitário." (E3)

O sigilo profissional, regulamentado pelo código de ética profissional do psicólogo (CFP, 2005), torna-se um grande desafio ao psicólogo que depara com uma encruzilhada: compartilha as informações, pois em uma equipe multiprofissional e horizontal isso é quase obrigatório para o manejo coletivo do caso, ou mantém sigilo e se isenta das trocas e da construção de um projeto terapêutico comum, uma vez que detém informações extremamente relevantes para o andamento do caso? Questionamento que surge na prática cotidiana, está refletido na literatura (Archanjo e Schraiber, 2012; Campos e Domitti, 2007) e necessita de aprofundamento teórico e crítico. A desconfiança mútua e a dificuldade de manter o sigilo em equipe são obstáculos para o trabalho compartilhado.

Nas intervenções individuais realizadas, a assistência é percebida como incompleta e insatisfatória. Os profissionais relatam que suas intervenções, em sua maioria, são superficiais, pois se resumem a acolhimentos, intervenções pontuais e monitoramento dos casos.

"Então, para alguns casos é resolutivo, sim, para outros, não. Tem vários que eu fico assim, 'poxa, estou aqui enxugando gelo, eu vejo esse paciente uma vez por mês, e se eu não ver é a mesma coisa, porque até eu conseguir fazer que ele tenha o mínimo de vínculo, ele vai ficar três anos aqui, e de repente não vai conseguir'. Geralmente são esses pacientes do limbo, assim, que não são nem tão leves, não são casos nem tão tranquilos, mas nem tão graves, então, nem um outro serviço acolhe e também uma escuta de uma vez por mês não produz nada. Eu digo que não é uma psicoterapia, é uma série de acolhimentos, porque uma vez por mês vira uma série de acolhimentos. Uma série de acolhimentos, uma vez por mês. é isso. Então, assim, a princípio a resposta seria que não, a maioria dos atendimentos para os pacientes que precisam de uma psicoterapia mesmo, não, não é resolutivo." (E13)

A não possibilidade de realizar intervenções específicas de psicologia consideradas adequadas e a demanda intermediária, nem tão leve que a equipe atenda nem tão grave que seja caso de encaminhamento, gera angústia, porque, pela logística do NASF esse atendimento não pode ser realizado e na rede de serviços do SUS não há lugar de referência para encaminhar para realização de psicoterapia, corroborando com Azevedo e Kind (2013), que identificaram que, em razão da grande demanda, há um número relevante de casos sem atendimento adequado.

"Para passar com psicólogo [em outra UBS] está com fila de espera, então eu fico nessa situação, vou encaminhar para um lugar que está com fila de espera, ou eu sei da urgência desse atendimento e eu vou atendendo mesmo que espaçadamente aqui? Então é algo que eu vou fazendo conforme o caso e com a aderência do paciente. Tem paciente que diz 'vou para lá numa boa', tem paciente que diz 'não vou até lá', não adianta me encaminhar que eu não vou até lá'. Então, o meu maior sofrimento no NASF, além dessa questão... sofrimento que eu falo pessoal mesmo..., além da dificuldade na própria equipe NASF, a dificuldade com a ESF, até mesmo com os gerentes, eu acho que isso eu até consigo tirar de letra, eu não sofro tanto, mas como manejar alguns casos sem a possibilidade de atender de fato de uma maneira mais tradicional, porque aqui onde eu estou no momento me é cobrado isso. Eles acham, eu sinto que a ESF acha que eu não atendo semanalmente porque eu não tenho horário, não é porque a estratégia NASF é uma outra estratégia. Eu até conseguiria que esse paciente não fosse lá [para outra UBS] se eu tivesse parceria maior da EqSF

no sentido de, às vezes, eu fazer uma consulta e depois ter com a enfermeira e ir monitorando isso longitudinalmente. Enfim, a gente conseguir achar outras estratégias que não só a consulta psicoterapêutica daquela coisa mais formal do setting, mesmo porque aqui não tem sala." (E12)

Para outro psicólogo, não realizar atendimentos tradicionais da psicologia gera um sentimento de não adequação à proposta de trabalho e uma crise de identidade profissional.

"Eu acho que é isso, a gente fica muito perdido mesmo, né? Eu sinto falta muito de uma coisa mais específica, de uma coisa mais clara, de eu ter um papel como psicólogo mesmo, sentir que eu estou fazendo mesmo o meu trabalho. Eu não sei... não sei, é assim... de poder fazer um acompanhamento... é poder não se preocupar tanto com a quantidade de pessoas..., porque é isso, a gente fica levantando demanda o tempo inteiro, as pessoas trazem os pacientes, a gente tenta atender de alguma forma, mas cuidar, tratar de fato dessas pessoas a gente não consegue. Se não tivesse uma demanda tão grande e a gente não tivesse que fazer tantas coisas... Visita é importante? É importante. Grupo é importante, mas se a gente pudesse focar, assim, mais nosso trabalho. Ah, fazer grupo e consulta e alguma visita, coisa assim, tudo bem. Mas é isso, a gente está sempre misturado o tempo inteiro com várias pessoas, acho que é rico essa troca e tal, mas não sei o quanto de fato um nutricionista, fonoaudiólogo, vai poder dar conta de casos da psicologia." (E5)

Além da inquietação com os limites da atuação profissional como psicólogo, E5 questiona a potencialidade do matriciamento proposto, mostrando preocupação com o apagamento do saber e prática do núcleo de saber da psicologia.

Em contraponto, são identificadas outras possibilidades de intervenções que não o atendimento tradicional de consultório, trazendo um leque de ações criadas a partir de demandas e circunstâncias. Orientações mais diretivas são percebidas como relevantes e pertinentes ao perfil da população assistida.

"Então, eu penso que o papel da psicologia no NASF, na APS, é esse, é essa coisa da escuta mesmo. Mas eu acho que é também uma coisa, que agora eu consigo entender. Depois de ter vivido tudo isso, acho que também é uma coisa de orientação, não é uma coisa só mais de consultório, de um atendimento clássico psicológico que a gente mais escuta e vai pontuando algumas coisas. Eu acho que falta tanta coisa para nossa população e é uma carência de tudo, e às vezes uma orientação que você pode dar mais diretivo, assim, faz a diferença, de dar essas orientações, de explicar um pouco nosso trabalho, de

explicar para que a psicologia serve, de como a gente pode ajudar."
(E5)

Esse parece ser um ponto de tensão dos psicólogos, pois questionam qual a clínica possível no matriciamento do NASF e problematizam essa questão.

"Você faz Apoio Matricial, mas não faz acompanhamento terapêutico, você não faz psicoterapia, então eu fico pensando um pouco, que psicoterapia é possível com o profissional do NASF nesses moldes? Porque psicoterapia de consultório a gente não faz uma vez por semana... Daí, que acompanhamento terapêutico, que acho que até essa palavra é mais leve, que vai obter resultado nesse alívio, nesse sofrimento do sujeito, né?, Mas acho que é uma coisa que está sendo construída, né? Porque a gente lembra. Winnicot acho que traz aquelas terapias que ele fazia em tempo de guerra, né? Daí como pensar essa clínica nesse molde? Que clínica é essa que a gente faz aqui, né? Eu não sei ainda dizer também." (E7)

O excesso de demanda, associado à pouca oferta de recurso, gera a sensação na profissional E7 de uma *clínica de guerra*, nos remetendo outra vez à concepção de APS seletiva, que proporciona oferta restrita de serviços e pouca resolutividade. A psicóloga problematiza a qualidade da assistência e o lugar da psicologia nessa organização de cuidado em saúde, revelando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a clínica do psicólogo em contextos que a literatura ainda não explorou.

As questões percebidas como função específica do núcleo de competência do psicólogo são: grupos psicoterapêuticos, psicodiagnóstico e psicoterapia individual.

"Ah, eu entendo que esses atendimentos mais técnicos, então, os pacientes que precisam de uma psicoterapia breve, não tem como uma outra pessoa fazer. Eu tenho os grupos de cunho de psicoterapia, né? Por exemplo, eu vou sair de férias, a educação física vai assumir, ela pode assumir o grupo no sentido de se manter, que não fique um mês sem ter, mas o foco com certeza será outro. Então eu acho que alguns trabalhos focados tecnicamente não tem como um matriciar o outro, matriciar o outro ao ponto de ele conseguir coordenar o meu grupo de psicoterapia seguindo essa linha técnica de intervenção... eu acho que essas questões técnicas eles não dão conta." (E15)

Nos grupos não específicos da psicologia, a falta de participação dos profissionais da EqSF é justificada por diferentes motivos: dificuldade de uma agenda compatível entre as equipes, falta de interesse dos profissionais da ESF em participar,

pela sobrecarga de tarefas e metas que eles têm, e dificuldade do próprio psicólogo em participar do grupo que já existe da ESF.

Nas ações de educação permanente, um aspecto marcante é a dificuldade da participação dos enfermeiros e médicos nas oficinas educativas, o que torna a maioria delas dirigida aos ACS. Em parte, essa dificuldade é justificada pelas agendas e pelos números de consultas que esses profissionais necessitam realizar e, em parte, pelo não reconhecimento desse espaço como significativo para qualificação do trabalho, que pode estar associada aos diferentes valores sociais das profissões.

"Logo que eu cheguei eu fiz uma oficina de saúde mental com as ACS, a ideia é que fosse aberto para todos os profissionais, mas justamente por conta da agenda deles isso não foi possível." (E5)

O limite do que é possível compartilhar e mesmo capacitar, no sentido de oferecer subsídios à assistência de cuidados comuns a todos da APS, não está definido e se apresenta no cotidiano do trabalho a partir dos casos discutidos e atendidos. A identificação das especificidades dos núcleos de saber se torna primordial para o início da divisão de tarefas na construção de um projeto terapêutico.

A possibilidade de trocar se efetiva na construção conjunta não só do plano terapêutico, mas na divisão de tarefas concretas, como a realização de um atendimento específico ou do acompanhamento do caso em um grupo regular.

A forma de organização do Apoio Matricial, no que tange à oferta assistencial psicológica, é percebida pelos psicólogos como insatisfatória. Os entrevistados apresentaram compreensões e práticas diversas. Para alguns, mesmo com o discurso de que o psicólogo do NASF não deve atender, a vontade de ofertar uma psicoterapia nos moldes de uma clínica tradicional se revelou no desejo de encaminhar os pacientes para ambulatorios de saúde mental, naqueles profissionais mais aderidos à clínica tradicional. E a questão que se coloca é: se a intenção do NASF é integrar e compartilhar os saberes, ter serviços para encaminhamento fragmentará o cuidado, indo na contramão da proposta colaborativa. Por outro lado, se a decisão pela assistência específica resultar de um projeto terapêutico elaborado conjuntamente, os atendimentos psicológicos são necessários, mas parecem ilegítimos aos profissionais e de grande dificuldade prática. A questão é a colaboração e a decisão conjunta de condutas.

O desafio que se coloca à psicologia é: que clínica psicológica é possível construir que não seja nem a clínica tradicional fragmentada e isolada nem a assistência reconhecida como superficial de acolhimento, monitoramento e orientações que o NASF proporciona?

Estudos sobre a efetividade e resolutividade do NASF se tornam urgentes, uma vez que a população pertencente a esses territórios estão limitadas a esse apoio de especialistas que, apesar de aumentar acesso, é percebido ainda como insuficiente. Este estudo revelou que avanços foram feitos no sentido da integração de profissões e do trabalho em equipe, porém, identificamos uma oferta insuficiente de recurso assistencial especializado e um matriciamento incipiente. Estudos mostram resultados positivos da proposta matricial na qualificação da APS, no entanto, a organização do NASF precisa de avaliações e redirecionamento do Apoio Matricial ofertado.

Reconhecemos o NASF como uma proposta que busca por uma APS abrangente, com ampliação de profissões atuando de forma colaborativa. Contudo, a prática trouxe tensões significativas, produzindo uma APS muitas vezes seletiva, com restrição de acesso e alcances limitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução da noção de Apoio Matricial e sua prática na rede de assistência à saúde tornou-se um projeto nacional com a criação do NASF. No entanto, a implantação desta proposta de matriciamento não é simples e há necessidade de mais estudos sobre o tema.

Esta pesquisa identificou diferentes concepções e práticas de matriciamento pelos psicólogos dos NASF. A troca de saber, em que saberes específicos podem ser incorporados pelos outros profissionais, foi muito citada como a principal finalidade da proposta do Apoio Matricial, porém, é reconhecida por alguns psicólogos como difícil de ser realizada.

Apesar da importância dada à troca de saber na definição do matriciamento pelos profissionais estudados, o Apoio Matricial foi compreendido contraditoriamente quase como sinônimo de capacitação por muitos entrevistados, como se o objetivo do matriciamento fosse prioritariamente ensinar aos outros especificidades de seu núcleo de competência. Há uma compreensão de que a EqSF poderia absorver a assistência específica de todas as profissões e executá-las, mas, ao mesmo tempo, há dúvidas e desconfiças sobre a possibilidade de isso acontecer.

Identificamos que tanto os documentos oficiais (Brasil, 2008b) como os referenciais teóricos (Campos, 1999) foram compreendidos de diferentes formas e tiveram possibilidades concretas reduzidas de implantação, promovendo práticas diversas entre os psicólogos. Alguns valorizam mais o aspecto técnico-pedagógico do matriciamento, direcionando seu trabalho a capacitações, e outros valorizam mais o aspecto técnico-assistencial, defendendo a necessidade de prestar assistência como parte do matriciamento e forma de trocar e dividir os casos com as EqSF. Entretanto, o apoio técnico-pedagógico foi mais valorizado e enfatizado, promovendo compreensões de que o NASF "não deveria atender" que afetam todos os profissionais, até aqueles que sentem falta da dimensão assistencial no seu trabalho.

Detectou-se muitas vezes uma relação de "superioridade técnica" dos profissionais do NASF em relação à EqSF, o que contraria a adesão à proposta de "troca de saber", que privilegiaria a horizontalidade entre os profissionais. Houve pouco

reconhecimento do saber específico da ESF, pouca definição do campo da APS e do quanto a EqSF pode contribuir e trocar com os psicólogos sobre APS, descaracterizando a proposta de Campos (1999), uma vez que os profissionais do NASF se colocam muitas vezes de forma vertical na relação com os profissionais da ESF, refletindo também valores socialmente atribuídos às profissões e às diferenças entre a atenção primária e especializada.

Os psicólogos do NASF identificam novas necessidades de saúde a partir dos relatos de casos pela equipe, porém, de forma geral, não assumem a assistência dos casos, já que compreendem que essa tarefa é da ESF, e concebem que a EqSF deve absorver as demandas que precisam de um olhar especializado. Essa intenção revela uma separação entre as equipes, uma vez que os profissionais do NASF não se consideram pertencentes à ESF, eles se veem como um núcleo à parte, de fora da responsabilidade assistencial. As EqSF, por sua vez, estão sobrecarregadas e não se sentem em condições de dar conta de toda a demanda, pressionando o NASF para a assistência específica, o qual também não tem condições de abarcar todas as solicitações, em razão do grande número de equipes e UBS que apoia. A falta de recursos na APS (com muita demanda e número insuficiente de profissionais), de atenção secundária e retaguarda para o acompanhamento dos casos sobressai nos relatos, gerando conflitos sobre de quem é a responsabilidade da assistência. As EqSF consideram que demandas específicas são de responsabilidade do especialista, e o NASF considera que as EqSF devem aprender e se responsabilizar por todos os cuidados. Essa disputa, que nomeamos de cabo de força, tem como consequência um conflito constante, que aparece principalmente nas reuniões de matriciamento, momento no qual os casos são discutidos e a disputa pela responsabilidade assistencial fica mais clara.

A virtual ausência de atendimentos individuais dos integrantes do NASF gera uma desigualdade nas funções, cabendo às EqSF a assistência direta à população e ao NASF a "supervisão". Há uma divisão entre o pensar sobre o caso e o fazer assistencial que reflete uma hierarquia ainda presente entre as equipes e impede a possibilidade de troca horizontal, conforme previsto na proposta original e repetido por muitos dos psicólogos entrevistados. A divisão entre "os que pensam" e "os que fazem" tensiona as relações, promovendo ações não colaborativas e melindres entre os profissionais, como

se estivessem em guerra "*levando soco na cara*" (E9). O que desperta atenção é a dificuldade de os profissionais compreenderem os motivos do conflito. Com uma rede de assistência insuficiente e escassez de especialistas nos serviços, a APS está sobrecarregada com tarefas de promoção à saúde e práticas assistenciais na lógica curativa. Em meio a esse contexto, não há solução para essa briga se não forem estabelecidos critérios para as intervenções de cada equipe, identificação e reconhecimento conjunto do que é comum a todos, o que é específico de cada especialidade e aumento dos recursos disponíveis, além de enfrentamento das hierarquias entre as profissões e o reconhecimento do que é geral e o que é específico.

As EqNASF se organizam de forma muito variada. Há equipes que se organizam em duplas de referência (fixas ou volantes), trios de referência, apoio por núcleos temáticos e apoio da equipe toda do NASF ou equipe toda com exceção dos médicos. A divisão dos profissionais nesses arranjos se deu de acordo com a conveniência das EqNASF e suas respectivas OSS, desconsiderando a presença de profissionais com o conhecimento necessário para o cuidado de cada caso e sem avaliações sobre as principais necessidades de saúde do território. A troca frequente de arranjos citada pelos profissionais expôs a dificuldade de compor as equipes para o matriciamento.

A diversidade de organização dos NASF chama atenção para a liberdade que as EqNASF e OSS tiveram para construção do seu trabalho, abrindo espaço para a criatividade, mas dificultando a possibilidade de avaliação coletiva da proposta, e demonstrando uma certa "frouxidão" da gerência, aproveitando de forma muito parcial a presença dos profissionais especializados na APS.

A logística do NASF, em sua maioria, mostrou-se frágil, com apoiadores matriciais escolhidos de forma a atender às necessidades da EqNASF. A escolha aleatória dos profissionais participantes das reuniões de matriciamento desqualifica os núcleos de competência e, ao mesmo tempo, promove uma indefinição do campo da APS com concepções de que "todos podem cuidar da saúde mental" sem critérios claros de quais demandas e casos podem ser cuidados por todos.

Pudemos observar nas entrevistas um grande desejo e adesão à proposta de realizar ações compartilhadas e trocas de saber de forma horizontal, porém, o que esta pesquisa revelou é que essas ações são muito tímidas e ainda incipientes.

Alguns relatos revelaram ações compartilhadas efetivas, as quais propiciam contribuições dos psicólogos ao matriciamento com uma ampliação do olhar para o reconhecimento da subjetividade implicada nos processos de saúde/doença, nas dinâmicas pessoais e familiares, na identificação dos aspectos emocionais, na qualificação da escuta sem julgamento e na desmitificação de transtornos mentais. Entretanto, casos que demandam intervenções específicas, como psicodiagnóstico e psicoterapia, são percebidos pelas EqSF e psicólogos como de responsabilidade assistencial do psicólogo em conjunto com o cuidado pela ESF de demais questões comuns, sendo a ausência dessa assistência uma ameaça à proposta colaborativa.

A prática revelou uma série de obstáculos que precisam ser reconhecidos e transformados. A maior parte das ações compartilhadas é realizada entre os profissionais do NASF e as intervenções dos psicólogos são reconhecidas como insuficientes. Os psicólogos relatam ter um papel no NASF diferente de sua prática habitual, o que para alguns suscitou preocupações sobre sua identidade profissional. Suas ações são voltadas a acolhimento, intervenções pontuais, orientações psicológicas e monitoramento dos casos. Alguns profissionais demonstraram muita angústia por não poderem ofertar psicoterapia, e por identificarem que o cuidado proposto muitas vezes é percebido como inadequado, tornando suas ações insatisfatórias e explicitando dúvidas sobre a efetividade do matriciamento. Vale ressaltar que a preocupação com a oferta assistencial não é homogênea entre os psicólogos. Alguns gostariam de atender por estarem em crise com sua identidade profissional, e outros por desejarem prestar uma atenção mais integral e colaborativa.

Para a troca de saberes se efetivar, é necessário, primeiro, um reconhecimento de quais aspectos dizem respeito ao campo da APS e deveriam ser comuns a todos e quais são as especificidades dos núcleos de competência que seriam de responsabilidade dos profissionais. Com essa identificação, o Apoio Matricial se torna possível com um agenciamento do que o profissional pode compartilhar do seu núcleo de saber, concomitantemente com a responsabilização do que é específico do núcleo e, portanto, compete ao profissional cuidar. Desse modo, o Apoio Matricial se aproximaria da proposta colocada na política em que o trabalho conjunto visa à ampliação do olhar do outro para o campo comum e à responsabilidade de cada um por sua parte específica, promovendo encontros mais horizontais e uma divisão de trabalho mais democrática.

Para resolver a cisão detectada entre as equipes ESF e NASF, seria necessário que o NASF dividisse mais a assistência, para que a relação possa se construir de forma mais cooperativa, sem que haja a divisão entre “os que pensam” e “os que fazem”. A troca de saber parte da premissa de que as profissões têm conhecimentos diferentes e, portanto, precisam e têm o que trocar. A ilusão de que todos podem cuidar de tudo enfraquece os núcleos de competência, dificultando a própria troca almejada, uma vez que todos são nivelados artificialmente à mesma função, gerando descontentamento entre os profissionais.

O papel do NASF prioritariamente na função de apoio com caráter pedagógico, de capacitação, tem promovido desgastes nas relações entre as equipes e desassistência, já que sua disponibilidade para assistência é pequena e as EqSF, por sua vez, não apresentam condições de absorver tudo. Entendemos que a criação de uma retaguarda, ou ambulatorios, como desejado por alguns psicólogos, não é solução, pois pode fragmentar o trabalho, indo na contramão da proposta de aproximação de especialistas à APS.

Reconhecemos que a proposta do Apoio Matricial é potente, no sentido de ampliar o cuidado integral e desafiar a hierarquia entre as diversas profissões e campos de conhecimento, além de poder facilitar o uso racional de especialistas em uma rede de atenção à saúde com pouco recurso secundário disponível e proposta vaga para os casos leves e moderados de sofrimento mental.

Um núcleo de especialistas na própria APS é importante, necessário e pode ser eficaz se integrado às EqSF de forma mais colaborativa, com redução do número de EqSF por NASF, diminuição do número de famílias por EqSF e uma gestão integrada e mais presente para manejar os conflitos entre equipes e tensões sobre a disputa da assistência.

Os obstáculos para a construção de um trabalho colaborativo e integrado precisam ser superados para a efetivação de uma APS de qualidade e resolutiva, o que nos alerta para a necessidade de mais pesquisas sobre essa temática, para colaborar na construção de uma APS abrangente e na constante luta pela consolidação de um SUS integral.

ANEXOS

ANEXO I. Aprovação dos comitês de ética em pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **30/01/2013**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **004/13** intitulado: **“MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO NASF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”** apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra “c”).

Pesquisador (a) Responsável: Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Pesquisador (a) Executante: Ana Paula Klein

CEP-FMUSP, 31 de Janeiro de 2013.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS	COMITÊ DE ética EM PESQUISA - SMS

CAAE: 03 /13*

São Paulo, 08 de maio de 2013.

PARECER Nº 26/13 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira.

Projeto de Pesquisa: "Matriciamento na Atenção Primária à Saúde: O trabalho do Psicólogo no NASF no município de São Paulo".

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Sumário Geral do Protocolo

Objetivo Geral: Caracterizar a atuação dos psicólogos que trabalham em equipes de NASF no município de São Paulo em sua relação com as equipes de Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

- Descrever e analisar como os psicólogos compreendem seu trabalho na assistência direta ao usuário, na assistência compartilhada com a Equipe Saúde da Família, nos processos grupais e na capacitação, supervisão e educação permanente;
- Descrever e analisar quais os principais problemas identificados pelos psicólogos para o desenvolvimento do trabalho; como os psicólogos decidem condutas e propostas de intervenção; como os psicólogos compreendem sua relação com as Equipes de Saúde da Família e como constroem projetos assistenciais comuns;
- Descrever e analisar como os psicólogos compreendem o funcionamento do NASF e sua identidade de psicólogo neste local de trabalho.

Metodologia:

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa. Serão convidados psicólogos que atuam em equipes de NASF de diferentes regiões do município de São Paulo a fim de garantir a investigação dos diversos contextos dos territórios da cidade. Para isso, será feito um levantamento entre os 86 NASF do município de São Paulo que têm o psicólogo como integrante da equipe, e seus respectivos tempos de atuação no NASF.

Os critérios para a definição do número de informantes para a pesquisa seguirão a lógica da exaustão, em que o conteúdo da fala dos sujeitos será explorado até seu virtual esgotamento no tema de interesse para a pesquisa, em termos das diferentes perspectivas possíveis. Para tanto, imaginamos a princípio que serão necessários **oito participantes**, uma vez que exploraremos qualitativamente suas respostas.

Serão convidados psicólogos que trabalham em equipes de NASF com período mínimo de atuação de um ano, de preferência que estejam no programa desde o início de sua implantação - pois o acúmulo de experiência da prática diária é que nos fornecerá riqueza para a análise do estudo -, que sejam bem avaliados tecnicamente pelos seus supervisores, e que tenham interesse em participar da pesquisa a fim de contribuir com o processo investigativo e promover reflexões mais aprofundadas sobre a atuação da categoria.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com roteiro norteador elaborado pela pesquisadora para esta finalidade específica tendo como referência os estudos de Archanjo (2010), Vannucchi (2011) e Nepomuceno (2011) (ANEXO I).

Primeiramente, será realizada uma entrevista pré-teste com o objetivo de verificar se as perguntas estão adequadas para alcançar os objetivos da pesquisa e realizar possíveis modificações, bem como visa verificar o tempo médio da entrevista.

Para o desenvolvimento do trabalho será realizado contato inicial com as Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo e Instituições parceiras do Programa NASF para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para entrevistar os psicólogos atuantes nas equipes. Em seguida será feito contato telefônico diretamente com os psicólogos para convidá-los a participarem da pesquisa. Após o convite e aceitação da participação, será agendado local para realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas serão gravadas e transcritas, categorizadas e analisadas.

CAAE: 03 /13*

Em um primeiro momento as entrevistas serão lidas até a impregnação com o objetivo de apreendermos os temas mais relevantes trazidos pelos sujeitos em relação às categorias elencadas no referencial teórico utilizado pelo estudo. Em seguida, buscaremos nas falas dos sujeitos aspectos que respondam as perguntas elaboradas, identificando novas categorias de análise para uma sistematização do conjunto de informações expressos pelos entrevistados. E por fim, serão destacados os temas significativos para a pesquisa que respondam aos objetivos.

2. Considerações

Há pertinência e valor científico no estudo proposto.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento detalhado está adequado, os custos estarão a cargo da pesquisadora. O cronograma da pesquisa foi atualizado e considerado adequado.

A metodologia é adequada aos objetivos, não impõe risco ao sujeito da pesquisa, exceto a possibilidade de desconforto em participar do estudo.

A pesquisa não traz benefícios diretos aos participantes, mas poderá trazer algum benefício no final do estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi considerado adequado após retificações.

III - Situação do Protocolo - projeto **APROVADO**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Klein, está realizando uma pesquisa, que não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção sobre os participantes, denominada: **“Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo”** que se destina investigar as ações desenvolvidas pelos psicólogos em exercício nesse programa no momento.

Estamos convidando psicólogos que atuam no NASF a participar de forma voluntária deste estudo a fim de contribuir com o desenvolvimento da pesquisa.

Ao aceitar participar deste estudo voluntariamente, o participante será abordado pela pesquisadora que realizará entrevista que consta de itens que não implicam em risco, e que podem ser respondidos em cerca de duas horas. A pesquisadora se deslocará até o local de preferência dos participantes para realização da entrevista que conta com roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas serão gravadas e transcritas pela própria pesquisadora.

A pesquisa não trará benefício direto ao participante, somente no final do estudo poderemos concluir algum benefício. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os participantes têm a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo quanto ao seu tratamento na Instituição. Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro e sigiloso, serão codificados, e a identificação só será realizada pela pesquisadora, sendo esta, a única que terá acesso aos dados coletados. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-los, estando garantidos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a Resolução N.º 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa podem receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida sobre o estudo. O principal investigador é a Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira que estará à disposição

no telefone (11) 3061-7085, endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva, e-mail: aflolive@usp.br. Caso haja alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455, Instituto Oscar Freire, 1º andar, tel: 3061-8004, Fax: 3061-8004, e-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br, e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP/SMS) – Rua General Jardim, 36, 1º. Andar, Vila Buarque, tel: 3397-2464, email: smscep@gmail.com, http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidades/secretarias/saude/comite_de_etica.

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento, que ficará em meu poder.

Data: São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Nome do participante:

Documento de identificação: (RG)

Assinatura:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador:

ANEXO III. Roteiro de entrevista**1. Dados de Identificação:**

Nome: _____ Idade: _____

Ano de formação: _____

Especialização/Pós-graduação: _____

Tempo de atuação no NASF: _____

Instituição parceira/OSS: _____

Região de atuação: _____

2. Conhecimentos teórico/prático:

- a. Há quanto tempo você trabalha na APS? Por que escolheu esta opção?
- b. Como você entende a proposta de trabalho do NASF?
- c. Como você entende o matriciamento do psicólogo no NASF? Quais obstáculos percebe? O que é clínico e pedagógico?

3. Logística:

- a. Qual a composição de sua equipe de NASF?
- b. Está vinculado a quantas EqSF? Em quantas UBS?
- c. Como vocês organizam o trabalho?

4. Atuação no NASF:

- a. Como você descreveria uma semana típica de trabalho? Quais atividades você desenvolve?
- b. Você acha que os casos trazidos são adequados para a psicologia?
- c. Você faz atendimento individual? Sozinho, com a ESF, com o NASF, ou só discute em reunião? O que acha? Como é? O que mudaria?
- d. O que mais você faz?

5. Relação com a demanda:

- a. Quem é responsável pelo caso? Há atribuições diferentes para os profissionais? O que é específico da psicologia? Quais as contribuições da psicologia?
- b. Você considera que as intervenções do psicólogo do NASF são resolutivas? Por quê? Quando não, o que falta?
- c. Realiza encaminhamentos? Para onde, e quais critérios definem essa necessidade?
- d. Conte um caso que deu certo. Como foi passado?
- e. Conte um caso problemático, com as dificuldades vivenciadas.
- f. Descreva uma reunião de matriciamento que você julga efetiva/bacana e uma reunião que você julga ruim.

6. Relação com os profissionais:

- a. Como você percebe sua relação com as EqSF?
- b. Que papel você exerce e que papel esperam de você?
- c. Com quais profissionais você atua mais e com quais profissionais você tem maior dificuldade de atuação? Por quê?
- d. Como você compartilha o saber da psicologia com os outros profissionais?
- e. Os profissionais compartilham com você? O que você aprende? O que você acha que deveria fazer sozinho, o que deveria fazer junto e o que deveria ensinar?
- f. Como você lida com as diferentes necessidades (ESF e usuário)?
Qual o seu papel, qual o do outro?
- g. Como são tomadas as decisões sobre os casos? O que é levado em consideração?
- e. Existe alguma atividade que você gostaria/deveria exercer, mas não consegue? Se sim, por quê?

7. Reflexão sobre atuação:

- a. Quais os limites da atuação do psicólogo nesse programa?
- b. Quais os principais problemas? E quais as principais potências?
- c. Você modificaria algo em sua atuação? Se sim, o quê?
- d. Você modificaria algo na proposta do NASF? Se sim, o quê? E da ESF?
- e. Quais têm sido os resultados do seu trabalho?
- g. Gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado e considera relevante?

REFERÊNCIAS

Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Urss, 6-12 de setembro de 1978. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.

Amarante PDC. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (organizadores). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p. 635-55.

Araujo BSM, Rocha MP. Saúde da Família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl.1):1439-52.

Archanjo AM. *Entre o privado e o coletivo: a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da cidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Archanjo AM, Schraiber LB. A atuação dos psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. São Paulo. 2012;21(2):351-63.

Azevedo NS, Kind L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicol Ciênc Prof*. 2013;33(3):520-35.

Ballarin MLGS, Blanes LS, Ferigato SH. Apoio Matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental. *Interface*. 2012;16(42):767-78.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70; 2009.

Boing E, Crepaldi MA. O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol Ciênc Prof*. 2010;30(3): 634-49.

Boing E, Crepaldi MA, Moré CLOO. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. *Psicol Ciênc Prof*. 2009;29(4):828-45.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1886. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1997b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de gestão de Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Circular conjunta nº01/03 de 13/11/2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: prontuário interdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1065/GM, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde*; 2005. [citado 26 jul 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154 de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, nº 27*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 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 da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, nº34. Saúde Mental*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Brasil; 2015 [citado 18 maio 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estud Av*. 1999;13(35):89-100.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de saberes e práticas. *Sociedade Cultura*. 2000;3(1 e 2):51-74.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):141-4.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

Casé V. Saúde Mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti, A. *Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Cecarelli PR. A patologização da normalidade. *Estud Psicanal*. 2010;33:125-136.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília(DF): CFP; 2009.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). *Regulamentação CFP nº010/05. Aprova o código de ética do profissional psicólogo*. Brasília(DF): CFP; 2005.

Chiaverini DH, organizador. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília(DF); 2011.

Corbo AD'A, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini, MVGC. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961-70.

Dimenstein M. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud Psicol*. 1998;3(1):53-81.

Domitti ACP. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Fortuna CM. *O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades - em busca do desejo, do devir, e de singularidades* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(2):262-8.

Gagné MA. What is collaborative Mental Health Care? An Introduction to the Collaborative Mental Health Care Framework. Canadian Collaborative Mental Health Initiative; 2005. [cited 2014 nov]. Available from: <http://www.cpa-apc.org/media.php?mid=195>.

Gallucci L. *Estruturas Matriciais - vantagens e desvantagens genéricas de sua adoção, e sua utilização para solucionar uma crise de crescimento em uma Instituição Privada de Ensino Superior*. In: IV Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul. 2004. [citado 9 jul 2014]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/35715>.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (organizadores). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p.493-545.

Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Lancetti A. *Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Gonçalves DA. *Prevalência de transtornos mentais na estratégia saúde da família e avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental* [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2012.

- Hori AA. Potencialidades, limites e desafios da saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP[dissertação]. São Paulo:Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo; 2013.
- Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc São Paulo*. 2012;21(4):884-94.
- Kates N, McPherson-Doe C, George L. Integrating Mental Health Services within primary care setting. *J. Ambulatory Care Manage*. 2011;34(2):174-82.
- Lancetti A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A. *Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo:Editora Hucitec; 2000.
- Lancman S. O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. Relatório CNPQ processo 480319/2010-3. São Paulo; 2012. [citado1nov 2014]. Disponível em: file:///C:/Users/computer/Downloads/SELMA-LANCMAN-E-COL-.pdf
- Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup*. 2011;22(3):263-9.
- Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. O estudo do trabalho e do trabalhador no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.
- Leite DB, Andrade AB, Bosi MLG. A inserção da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(4):1167-87.
- Lima M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. *Psicol Estud*. 2005;10(3):431-40.
- Lodi JB. A estrutura matricial e a estrutura sistêmica: dois novos tipos de organização. *Rev Administração de Empresas*, Fundação Getúlio Vargas. 1970;10(4):157-79.
- Merhy EE. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*; 2006. [citado27 maio 2012]. Disponível em:<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02>.
- Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde Soc*. 2012;21(1):161-70.
- Moretto MLT. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2006.

Moretto MLT. *O que pode um psicanalista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Morosini MVGC, Corbo AA, Guimarães C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: Fonseca AF. *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007.

Motta FCP. *Teoria geral da administração, uma introdução*. 19ª ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1995.

Mourão H. A prática da psicologia no NASF. In: CFP, 2009. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia (CFP); 2009.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92-6.

Nepomuceno LB. A prática da psicologia no NASF. In: CFP, 2009. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia (CFP); 2009.

Oliveira FRL. *A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2013.

Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora HUCITEC; 2008.

Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):229-38.

Paim JS. Formação médica e políticas de saúde. In: Congresso Brasileiro de Educação Médica. Anais. Porto Alegre. 1995;33:247-61.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*. 2011;6736(11):60054-8.

Peduzzi M. *Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientadas pelas necessidades de saúde dos usuários e da população* [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo; 2007.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3): 653-60.

Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, Souza Neto AA, Oliveira Sobrinho GD. O NASF como dispositivo da gestão: Limites e Possibilidades. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(3):317-24.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni G. *Manual de saúde mental, guia básico para atenção primária*. São Paulo: HUCITEC; 2001.

São Paulo (Governo do Estado). Lei Estadual nº 846 de 4 de junho de 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências*. São Paulo; 1998. [citado 18 maio 2015]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>

São Paulo (Governo do Estado). Lei complementar nº 1.243 de 30 de maio de 2014. *Altera a Lei Complementar nº 846, de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas*. São Paulo; 2014. [citado 18 maio 2015]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2014/lei.complementar-1243-30.05.2014.html>

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. *Estratégia Saúde da Família*; 2001. [citado 12 maio 2012]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf.

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. *Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e Parâmetros norteadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. São Paulo (SP): Secretaria de Saúde; 2009. [citado 12 fev 2013]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde do Município de São Paulo; 2015. [citado 9 fev 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf_2012.pdf

Shippee ND, Shah ND, Angstman KB, DeJesus RS, Wilkinson JM, Bruce SM, Williams MD. Impact of Collaborative Care for depression on clinical, functional, and work outcomes. *J. Ambulatory Care Manage.* 2013; 36(1):13-23.

Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):921-9.

Spink MJP. A Prática profissional *Psi* na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink MJP, organizadora. *A Psicologia em diálogos com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE, Sobral.* 2005/2007;6(2):34-42.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças, e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(3):507-14.

Vannucchi AMC. *Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas; Santa Casa de São Paulo; 2011.

Zurba, MC. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicol Soc.* 2011;23(n. esp.):5-11.