

**UFRRJ  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO NA  
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM SAÚDE**

**ROSILENE GOMES DE AZEVEDO RODRIGUES**

**2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO  
NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**ROSILENE GOMES DE AZEVEDO RODRIGUES**

*Sob a Orientação da Professora*

**Profa. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez**

**Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.**

**Seropédica, RJ  
Setembro de 2018**

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

696d Rodrigues, Rosilene Gomes de Azevedo, 1970-  
Desafios e Possibilidades do Matriciamento na  
Construção do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica  
em Saúde / Rosilene Gomes de Azevedo Rodrigues. -  
2018.  
109 f.

Orientador: Lilian Maria Borges Gonzales.  
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Psicologia, 2018.

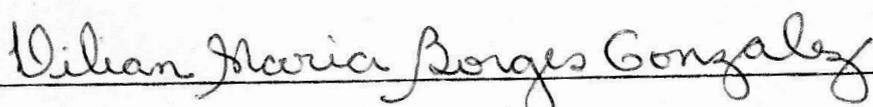
1. Saúde Mental. 2. Matriciamento. 3. Atenção  
Básica em Saúde. I. Borges Gonzales, Lilian Maria ,  
1971-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio  
de Janeiro. Pós-Graduação em Psicologia III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ROSILENE GOMES DE AZEVEDO RODRIGUES**

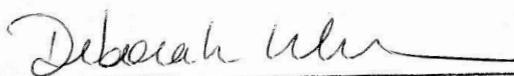
Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.

**DISSERTAÇÃO APROVADA EM 13/09/2018.**



**Lilian Maria Borges Gonzalez (Dra.) UFRRJ**

**(Orientadora)**



**Deborah Uhr (Dra.) UFRRJ**



**Lilian Miranda (Dra.) FIOCRUZ**

## DEDICATÓRIA

*Dedico a Deus, que me ama incondicionalmente. Ao meu esposo, Fernando, e aos meus filhos, Thales, Miguel e Maria Eduarda. Às minhas filhas 'do coração' Nathália e Ana Clara.*

## AGRADECIMENTOS

**A Deus, por me fortalecer a cada dia, permitindo vencer minhas limitações na caminhada da vida;**

**À minha orientadora Lilian Borges, pela sua paciência. Pessoa única e especial. Por ter acreditado no meu projeto e contribuído para o meu sonho de pesquisa. Obrigada por ter me ensinado e dedicado tempo, para que eu alcançasse mais essa conquista. Agradeço a Deus por sua vida, e por tudo que construímos juntas nesses dois anos;**

**Às professoras Dras. Deborah Uhr, Lilian Miranda e Rachel Gouveia, pela participação na etapa de qualificação, ajudando-me com críticas e pontuações na construção deste trabalho;**

**Às Dras. Deborah Uhr e Lilian Miranda pelas contribuições dispensadas no dia da defesa da dissertação;**

À minha família: mãe, irmãs, sobrinhos (as), cunhados (as), sogra, sogro e noras por fazerem parte da minha história de vida;

Aos meus filhos, Thales, Miguel e Maria Eduarda, que amo incondicionalmente, e ao ‘amado meu’, Fernando, por terem entendido os momentos que não me dediquei a eles em prol dos estudos, e por todo apoio;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ. Aos professores que contribuíram com as disciplinas e compartilharam seus conhecimentos;

À enfermeira Tatiane Caldeiras pela dedicação de anos à coordenação da 5.1 e por ter assinado e aprovado minha pesquisa na área, e a nossa atual coordenadora Simone Rodrigues;

Ao Centro de Estudos da Cap 5.1, representado pelas profissionais: Andréa L. Lopes e Fabiana S. M. Santa Rosa, pela dedicação ao aprimoramento profissional e científico na área de saúde;

A todos profissionais da AP 5.1, equipe que contribui para a construção do cuidado em saúde, assim como os assistentes sociais e psicólogos que contribuíram com a coleta de dados;

À equipe do CMS Padre Miguel, unidade única, onde atuo. De forma especial aos meus diretores, Ana Cristina de O. e Silva (2015), Giselle Croaccia e Fábio Monteiro (2018); a responsáveis técnicas enfermeira Priscila N. Nascimento e médica Carolina Peter, profissionais de excelência, pelo apoio e compartilhamentos no cotidiano profissional e cooperação para a conclusão deste estudo;

A todas as assistentes sociais da AP 5.1, profissionais comprometidas com as diretrizes e princípios do SUS e com o projeto ético político da categoria;

Ao NASF “*The Best NASF Ever*”, equipe de excelência, que integro: Adriana Archila (fisioterapeuta), Patricia Hanna (psicóloga), Josiane Ferreira (fonoaudióloga), Lucimar Gomes (assistente social) e Ligia Guerrero (TO). E aos profissionais Felipe, Hilene (educadores físicos) e Mariana (nutricionista) que fizeram parte desta equipe;

À todos os profissionais do SUS por este Brasil, importantes no processo de luta para construção da saúde pública;

De forma mais que especial ao meu amado pai Manoel Eduardo (in memoriam) pelos ensinamentos, pelos valores, pelo amor com que me amou, que me formaram como pessoa e cidadã nesta sociedade.

“Se Deus sustenta a causa, ela será sustentada”.  
Lutero

## **RESUMO**

RODRIGUES, Rosilene Gomes de Azevedo. **Desafios e Possibilidades do Matriciamento na Construção do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde**. 2018. 106p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui a porta de entrada privilegiada do sistema de saúde no Brasil. As equipes de Saúde da Família (eSF) atuam como referência no cuidado em saúde realizado nos territórios e, para tal, contam com o apoio especializado de múltiplos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse contexto, presta-se o atendimento e acompanhamento a diferentes casos, incluindo demandas de saúde mental. Esse processo de construção coletiva da assistência em saúde apresenta-se como uma realidade nova para as equipes, contraponto ao modelo tradicional de organização vertical e hierárquica dos dispositivos de saúde, em que o encaminhamento de casos ocorre mediante transferência de responsabilidades e com precariedades na comunicação. O matriciamento proporciona uma construção compartilhada e integradora entre os profissionais das equipes de referência - eSF - e de apoio - NASF. Este estudo buscou conhecer os processos de construção do cuidado em saúde mental na ABS conforme a percepção de profissionais que atuam como matriciadores em um dos territórios do município do Rio de Janeiro. No levantamento dos dados, quatro psicólogas e quatro assistentes sociais participaram de entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas a partir de um roteiro de questões abertas elaborado para as finalidades da pesquisa. Foram investigadas suas percepções acerca do processo de matriciamento em casos de saúde mental na ABS, tais como características da construção do cuidado e modos de interação entre as equipes, bem como foram sondados os desafios, limites e possibilidades do apoio técnico do NASF. Os dados obtidos foram categorizados e analisados qualitativamente, de acordo com a perspectiva metodológica da Análise de Conteúdo de Bardin. Os principais resultados foram organizados em três eixos temáticos, a saber: aspectos conceituais e práticos que caracterizam o apoio matricial; práticas de apoio matricial da equipe NASF às equipes ESF e, por fim, percepções de processo e resultados do apoio matricial nos casos de saúde mental. O matriciamento foi caracterizado como oferta de apoio técnico e construção conjunta de ações de cuidado, bem como foi entendido como oportunidade de capacitação e fortalecimento das equipes de saúde e de melhoria dos serviços oferecidos à população. Sobre as práticas de matriciamento, as entrevistadas relataram e exemplificaram tipos e modos de demandas de saúde mental que as eSF apresentam ao NASF, esclareceram a dinâmica das interações entre as equipes, bem como apontaram dificuldades e desafios percebidos ao longo destas interações, como baixa disponibilidade, centralidade do cuidado e resistência às propostas de capacitação. No que concerne à avaliação de resultados do apoio matricial no âmbito da saúde mental, as profissionais destacaram a relevância e contribuições das ações do NASF, apontando seu papel estratégico e seus avanços. Enquanto aspectos que favorecem a construção do cuidado, foram referidas a atualização dos profissionais, carga horária ampla para este tipo de trabalho e número menor de equipes para matriciar. Por outro lado, foram sinalizados aspectos que limitam o matriciamento, sobretudo alta demanda de casos de saúde mental, quantidade alta de equipes para matriciar, rotatividade de profissionais e falta de apoio para a continuidade e conclusão dos atendimentos. O estudo possibilitou uma visão ampla e detalhada dos processos de matriciamento do NASF no trabalho junto às eSF, que se mostraram permeados por limites e desafios, mas também por avanços já reconhecidos na construção do cuidado em saúde mental.

**Palavras-chave:** Matriciamento; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

**RODRIGUES, Rosilene Gomes de Azevedo. Challenges and possibilities of the matrix support in the construction of mental health care in primary health care. 107p. Dissertation (M.S. in Psychology). Institute of Education, Rural Federal University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018.**

The primary health care constitutes the privileged gateway of the Brazilian health system. The Family Health teams work as professional reference in the health care provided in the territories and, in doing so, they count on the specialized support of multiple professionals that build the Support Center for Family Health (NASF in Portuguese). In this context, the primary care consultations and support are provided to varied cases, including mental health demands. This process of collective construction of the health assistance presents itself as a new reality for the teams, counterpointing the traditional model of the vertical organization and hierarchy of health devices, whereby the cases referrals often arises by means of responsibility transfer and lack of communication. The matrix support grants a shared and integrated construction between the Family Health teams (ESF in Portuguese) and NASF teams. The present study worked on acknowledging the process of construction of the mental health care in the primary care in accordance with the professionals' perceptions who work as specialists on NASF in one of the territories of Rio de Janeiro. In data collection, four psychologists and four social assistant answered a semi-structured interview, conducted from a set of open questions conceived to the study finality. The investigation examined the challenges, limits, and possibilities of the technical support of NASF in mental health cases. It also searched the professionals' perceptions of the matrix support process in those cases, for instance, the characteristics of care construction and the ways of interaction between the teams. Data collected was categorized and qualitatively analyzed, in accordance with the methodological perspective of Bardin's content analysis. The result was arranged into three thematic axes: practical and conceptual aspects that characterize the matrix support, matrix support practices of NASF teams to the ESF and process perceptions and results of the matrix support in mental health cases. Participants characterized the matrix support as an offer of technical support and a combined action construction of care actions. It was also understood as an opportunity of qualification and reinforcement of the healthcare teams and an opportunity of improving the health services. In relation to the matrix support practices, the interviewees reported and exemplified types and modes of mental health care demand that the ESF present to NASF teams. In addition, the professionals clarified the dynamics of the interactions between the teams. They also pointed out the challenges and difficulties perceived over these interactions, for example, the poor availability, centrality of care and resistance to professional capacitation proposals. Referring to the results' evaluation of matrix support in mental health care ambit, the professionals highlighted the relevance and contributions of NASF actions, pointing their strategic role and advances. The professionals'

actualization, ample workload and fewer numbers of teams to provide matrix support were pointed as aspects that benefit care construction. On the other hand, the mental health cases high demand, an extensive number of teams to support, high rotativity of professionals and the lack of support for continuing and concluding the attendances have been signed as limiting aspects for the matrix support. The study enabled a wide and detailed view of the matrix support processes of NASF on the coworking with ESF. Those processes revealed to be permeated by limits and challenges but also advancement, already recognized in the mental healthcare construction.

**Keywords:** Matrix Support; Mental Health; Primary Health Care

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSI	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
1.1 Sistema Único de Saúde: uma conquista social	19
1.2 Atenção Básica em Saúde: a importância dos cuidados primários	22
1.3 O NASF como suporte matricial	27
1.4 A construção do cuidado em Saúde Mental na ABS	31
<b>2. OBJETIVOS</b>	35
<b>3. MÉTODO</b>	
3.1 Contexto da pesquisa	36
3.2 Participantes	38
3.3 Instrumentos	38
3.4 Procedimentos éticos	39
3.5 Procedimento de coleta de dados	40
3.6 Análise de dados	40
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	
4.1 Caracterização das participantes	42
4.2 Concepções do apoio matricial	45
4.3 Práticas do apoio matricial na construção dos cuidados em saúde mental na ABS	52
4.4 Percepções do processo e dos resultados do apoio matricial: limitações e avanços	64
4.4.1- Dificuldades do apoio matricial na prática das participantes	64
4.4.2- Aspectos que favorecem o apoio matricial	76
4.4.3- Avanços na interação entre as equipes de Saúde da Família e NASF	78
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	82
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	87
<b>APÊNDICES</b>	
<b>A</b> - Roteiro de entrevista semiestruturada	94
<b>B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
<b>C</b> - Casos do cuidado em saúde mental que exemplificam a interação entre as equipes	98
<b>ANEXOS</b>	
<b>A</b> - Quadro modalidades NASF-DAB/SAS/MS, 2013.	101
<b>B</b> - Mapa da divisão das Áreas Programáticas do Rio de Janeiro	102
<b>C</b> - Mapa da Área Programática 5.1	103
<b>D</b> - Organização da Rede de Atenção Psicossocial da AP 5.1	104
<b>E</b> - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	105
<b>F</b> - Carta de Anuência Cap 5.1	106
<b>G</b> - Nova Divisão do NASF	107

## INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre os desafios do processo de trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na construção do cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS). O interesse por esta temática teve início com minha experiência profissional no ambulatório de saúde mental de uma policlínica situada no município do Rio de Janeiro, onde pude vivenciar uma proposta de atuação interdisciplinar. O despertar para a questão da saúde mental na ABS ocorreu por ocasião da minha transferência para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), quando, como assistente social, passei a estar inserida em discussões de casos com demandas de saúde mental e pude, assim, participar de seus desdobramentos em termos da oferta de apoio matricial. Tais experiências trouxeram inquietações e intensificaram meu interesse em contribuir para ampliar os conhecimentos acerca dos processos e resultados desta linha de cuidado na ABS a partir das percepções dos profissionais envolvidos, com investigação tanto de potencialidades como das possíveis limitações presentes na prática cotidiana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas diretrizes prioritárias a integralidade do cuidado, tendo em vista construir ações em saúde que não se restrinjam ao tratamento de doenças, consideradas unicamente na dimensão biológica. Nesse sentido, a ABS viabiliza uma nova lógica de reordenamento do sistema público de saúde, com ênfase na prevenção de agravos e em ações de promoção de saúde (BRASIL, 2008). Esse nível da atenção, atua como porta de entrada privilegiada do sistema de saúde, além de prezar pela territorialização, pelo trabalho em equipe e pela longitudinalidade do cuidado. Por conseguinte, busca proximidade ao contexto de vida dos usuários, de modo a contribuir *“para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos, dos grupos sociais e territórios”* (BRASIL, 2014, p.15).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como iniciativa de expansão, qualificação e consolidação dos cuidados primários em saúde no país, visa favorecer uma reorientação dos processos de trabalho, com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo por meta ampliar a resolutividade e impacto das ações na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011). É por meio do vínculo da equipe multiprofissional com os usuários, na perspectiva de territorialização, que o cuidado em saúde é proposto, com atenção a suas

dimensões tanto subjetivas como comunitárias, tendo em foco a promoção e a manutenção da saúde (AMARANTE, 2008).

No cotidiano da ABS, apresentam-se variados tipos de necessidades e demandas de saúde, incluindo aquelas identificadas como de saúde mental (AOSANI; NUNES, 2013). A proposta da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é que as ações desta linha de cuidado sejam acolhidas nos dispositivos de cuidados primários. Por conseguinte, conhecer resultados dessas práticas e os modos como vem ocorrendo a construção da abordagem a usuários em sofrimento psíquico é relevante para assegurar não somente a ampliação, mas também a efetivação dos trabalhos em nível de atenção básica.

Problemas e transtornos no campo da saúde mental sempre estiveram presentes no contexto da ABS. Conforme Jorge, Vasconcelos, Maia Neto, Gondim e Simões (2014), pelo menos um terço dos usuários atendidos na atenção primária apresentam e buscam por assistência aos sofrimentos psíquicos, sendo os de maior prevalência os transtornos de ansiedade, afetivos e ‘somatoformes’. Dados do Ministério da Saúde (2005) mostram que grande parte das equipes de Saúde da Família (eSF) se veem diante da necessidade de realizar algum tipo de intervenção em saúde mental. É nas unidades básicas de saúde que, muitas vezes, chegam às principais queixas. Entretanto, a oferta de cuidado a estes casos tem sido muitas vezes negligenciada ou realizada aquém de suas possibilidades. Ou seja, nem sempre as demandas desta natureza são abordadas de forma eficaz ou mesmo são reconhecidas, comprometendo a qualidade do cuidado ofertado. Esta realidade indica que as equipes na ABS precisam de apoio e de recursos estratégicos para a produção do cuidado em saúde mental no que se refere, por exemplo, ao uso abusivo de álcool e a vários tipos de sofrimento psíquico.

A rede de saúde mental requer um cuidado de base territorial, tornando-se urgente e desafiadora a incorporação da assistência em saúde mental na ABS. Para tal, as eSF devem estar preparadas para uma intervenção efetiva, além de contar com o apoio de especialistas em saúde mental, viabilizando a construção do cuidado nas UBS. Neste ínterim, a ABS configura um contexto de “*práticas e de produção de novos modos do cuidado*” a pacientes em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013, p.73), o que se contrapõe a um modelo pautado na institucionalização, com práticas ancoradas na vigilância, no controle e na disciplina mediante medidas de punição e repressão (AMARANTE, 2007). No cenário atual, como resultado da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, é preconizado um novo modelo assistencial em saúde mental, que busca garantir aos usuários o cuidado em serviços substitutivos aos

hospitais psiquiátricos, tendo como desafios principais o resgate da cidadania e a defesa dos direitos humanos, preservando o convívio dos usuários com a família e a sociedade como um todo.

Da necessidade de incorporar, neste nível de atenção, saberes e práticas das especialidades em saúde mental, é que advém as propostas de apoio matricial em saúde mental na ABS (COSTA; LIMA; SILVA; FIORONI, 2015). Nesse contexto de mudanças, conforme afirma Campos (2000), o apoio matricial constitui um modelo de cuidado colaborativo entre os serviços de saúde e, também, entre equipes, o que pressupõe a atuação interdisciplinar e prioriza a lógica da horizontalização e do compartilhamento do cuidado (DANTAS; PASSOS, 2018). Envolve, portanto, duas equipes: a equipe de referência, que é a equipe a ser matriciada, e a equipe de apoio matricial, que é composta por profissionais especializados, por exemplo, em saúde mental. O matriciador é, portanto, um especialista que tem como proposta contribuir com as intervenções realizadas pelos profissionais da equipe de referência. Nesse sentido, o apoio matricial se tornou uma ferramenta estratégica da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde, ocorrendo mediante a oferta de saberes técnicos especializados às equipes da ABS, de modo a viabilizar a inclusão das demandas de saúde mental em suas ações.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado, em 2008, para dar suporte a ESF e, assim, contribuir com respostas a desafios presentes na ABS, com expectativas de melhorar a qualidade e a resolutividade das suas ações. Formado por profissionais especializados em diferentes áreas, destina-se a apoiar as práticas das eSF nos diversos territórios nos quais estas atuam como equipes de referência. Em conformidade com sua regulamentação pelo Ministério da Saúde, na portaria 154, o Núcleo constitui-se como *“um dispositivo estratégico para melhoria da qualidade da atenção básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes”* (BRASIL, 2008)

Este dispositivo funciona, por conseguinte, como um arranjo organizacional que visa dar suporte em áreas específicas às equipes da ESF, incluindo as ações relacionadas ao campo da saúde mental. Nesse sentido, representa possibilidades de implementação de novas ações práticas apoiadas nas políticas públicas de saúde e compreende um processo de trabalho que se pretende seja interdisciplinar, no qual são previstas e estimuladas ações de apoio matricial e práticas integradas, como discussão de caso, consultas conjuntas, interconsultas e visitas domiciliares. No cotidiano de suas práticas, as eSF deparam-se com necessidades e

dificuldades que vão direcionar o matriciamento realizado pelo NASF, com priorização da realidade de cada território (BRASIL, 2008).

É neste cenário que esta pesquisa foi realizada, tendo por propósito conhecer os desafios dos processos de trabalho desenvolvidos pelo NASF na construção do cuidado em saúde mental no âmbito da ABS. O enfoque foi dado às experiências e percepções de psicólogas e assistentes sociais atuantes nestas equipes de apoio em uma Área Programática da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Buscou-se investigar suas vivências no cotidiano profissional, tendo por foco a integração entre as equipes de apoio – NASF - e as equipes de referência - eSF. Trata-se de uma investigação de base qualitativa, com potencial para contribuir em direção a uma melhor compreensão da forma como está se dando a efetivação deste cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde.

A temática do cuidado em saúde mental como parte das ações em atenção primária, como já sinalizado, instiga-me há alguns anos, a partir de minhas próprias reflexões e observações assistemáticas como assistente social no espaço sócio ocupacional da ABS da SMSDC-RJ. Na minha trajetória profissional, pude participar da elaboração do projeto de atuação multiprofissional de um ambulatório de saúde mental e, posteriormente, após transferência para uma UBS, minha atenção foi despertada para a questão do cuidado em saúde mental neste dispositivo. Desse modo, como assistente social integrante da equipe NASF, tenho participado de discussões de casos relacionados à saúde mental e de seus desdobramentos junto a equipes da ESF, o que inclui reuniões de supervisão de eixo<sup>1</sup>, atendimento e acompanhamento a usuários e orientação a profissionais. Essas experiências, aliadas ao potencial desta proposta organizacional, motivaram meu interesse em investigar o processo de trabalho do NASF no matriciamento em saúde mental.

Assim, na busca por qualificação profissional em nível de mestrado, fiz a escolha pela abordagem e análise deste tema por considerá-lo rico em discussões acadêmicas e em implicações práticas no que concerne às interações e comunicações em saúde. Procurei, nesta direção, integrar a busca por um aprofundamento teórico sobre as questões em pauta com a investigação do cotidiano profissional do NASF, tendo por expectativa o enriquecimento do olhar acerca das práticas realizadas neste contexto.

Minhas inquietações principais foram em relação às possibilidades e limitações presentes nesta linha de cuidado na ABS, conforme ponto de vista de profissionais

---

<sup>1</sup> Supervisão de território de saúde mental é um espaço de discussão dos casos de saúde mental entre os profissionais da rede de saúde e da rede intersetorial. A AP 5.1 é subdividida em três eixos de saúde mental.

diretamente envolvidos com o apoio matricial. Nessa perspectiva, defendo a relevância de conhecermos os desafios presentes no processo de trabalho do NASF, como modo de contribuirmos com a produção de saberes teóricos e metodológicos voltados a um melhor embasamento desta prática em saúde, de modo a viabilizar um cuidado cada vez mais em consonância com as diretrizes e princípio dos SUS.

Esta dissertação apresenta todas as etapas da investigação realizada, estando organizada em capítulos. O primeiro deles, que compreende o referencial teórico do trabalho, oferece um breve panorama do sistema público de saúde no Brasil, incluindo suas propostas, princípios e diretrizes, com ênfase na ABS e, mais especificamente, no NASF como fonte de apoio matricial. O capítulo II esclarece os objetivos da pesquisa, enquanto o capítulo III oferece uma descrição dos seus aspectos metodológicos, com apresentação do contexto, instrumentos e procedimentos da investigação. O capítulo IV versa sobre os resultados obtidos neste processo, bem como sobre as discussões fomentadas a partir deles. Por último, são feitas minhas considerações finais em relação aos resultados e processos da pesquisa.

# CAPÍTULO I

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Sistema Único de Saúde: uma conquista social

O SUS pode ser definido como um sistema organizacional pelo qual são efetivados os serviços e a política de saúde no Brasil. Regulamentado pela Constituição Federal de 1988, o sistema, conforme a legislação, tem como princípios fundantes a universalização e a descentralização da gestão e das políticas de saúde, compreendidos, respectivamente, como o direito de todos os cidadãos ao acesso às ações e aos serviços de saúde e à distribuição do poder e responsabilidade do setor saúde entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). A carta constitucional, portanto, transforma a saúde em direito e determina a responsabilização do Estado em relação à garantia dos serviços de saúde.

Refletir sobre os SUS é uma tarefa rica, pois este se constitui em um marco na história da sociedade brasileira e, mais particularmente, da organização da saúde pública no país. Um sistema cuja construção histórico-estrutural se configura num processo longo e complexo, mas que remete a uma conquista da população - profissionais, usuários e comunidade em geral -, na medida em que compõe debates e direciona a gestão dos cuidados. Como afirma Menicucci (2014, p.78):

Essa construção do SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde como direito, numa ideia de cidadania, que naquele momento se expandia, e que considera não apenas o ponto de vista de direitos formais, de direitos políticos, mas principalmente a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar. Nesse campo, cabe lembrar, a saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã.

Desse modo, a partir do final dos anos 1980, transformava-se a organização do sistema de saúde no Brasil. Segundo Escorel (1999), surge uma nova abordagem para o tema saúde, estimulada pelo aporte das ciências sociais às políticas de saúde. Nesse cenário, desenvolvem-se movimentos sociais que buscam uma nova prática de cuidado, o que contribui para desencadear processos de transformação no campo da saúde (AMARANTE, 1995).

Até meados do século XX, vivia-se no país sob a duplicidade de um sistema que se dividia entre medicina previdenciária e saúde pública. Estas ações governamentais fortaleceram prioridades de governos anteriores, como a cobertura da assistência médica

previdenciária. Dessa forma, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que priorizava a contratação de serviços privados para atendimento de seus beneficiários e excluía a participação popular nos processos decisórios. O instituto previdenciário cuidava da saúde dos trabalhadores formais, enquanto a saúde pública, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, cuidava dos problemas coletivos, como endemias, epidemias, vigilância e atividades com caráter preventivo. No entanto, a abertura política no final da ditadura militar e a participação da sociedade civil no cenário político impulsionaram diversas modificações na trajetória das políticas de saúde no Brasil, decorrentes do processo de mobilização popular e, também, de influências internacionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A década de 1970 foi marcada por um declínio na situação econômica e social do país, sob influência do pós-guerra. No campo da saúde, observou-se um quadro sanitário com baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças. Como afirmam Paiva e Teixeira (2014, p.19), surgiram críticas em relação *“às intervenções de tipo vertical, orientadas por doença, e à medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas”*. Fez-se necessário o enfrentamento desta realidade e, assim, planejou-se a integração da prevenção com a assistência curativa, a gestão das estatísticas sanitárias e a ênfase em recursos humanos, como a capacitação profissional.

Foi o início da construção de um novo cenário, de um novo conceito e de uma nova assistência no Brasil. Com o avançar do processo, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, foi formada a comissão nacional da reforma sanitária, um movimento para a democratização da saúde, o que contribuiu para fortalecer o processo de mudanças, as quais possibilitaram a construção do SUS. Conforme afirma Campos (1995, p. 01), com este sistema *“houve uma expansão do caráter público e estatal da saúde no país”*. Foi introduzido *“o conceito de ‘direito à saúde’, garantido por um sistema de abrangência universal, com todo o atendimento gratuito e acesso amplo, conforme necessidades [...] ampliando a participação direta do Estado na prestação e gestão dessas atividades”*.

Como parte dessa construção histórica da política de saúde, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), constituída pelas leis de número 8080/90 e 8142/90, que regulamentam o SUS e dispõem sobre a participação da comunidade. Significam a regulamentação das ações e serviços de saúde no território nacional, estabelecendo as diretrizes e princípios do sistema. Deste modo, na contramão de interesses econômicos e políticos e na luta por melhores condições de saúde, o SUS tornou-se uma realidade, como produto do movimento da Reforma Sanitária, que incluiu no seu debate o tema saúde, mas

que também se opôs à ditadura militar, a favor de um Estado democrático. Tal movimento foi muito bem definido por Mendes (1993, p.42):

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Neste cenário, o movimento sanitário buscou imprimir abordagens tidas como integrais. A partir das conquistas e inovações na assistência à saúde, passou-se a priorizar a diretriz da integralidade do cuidado preconizada nas legislações do SUS e, posteriormente, contemplada pelos documentos do Ministério da Saúde. A noção de integralidade se contrapõe ao modelo tradicional de assistência pautado no direcionamento a consultas médicas com foco na cura de doenças (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010). A VIII Conferência Nacional de Saúde já remetia ao debate acerca do conceito ampliado de saúde, uma concepção que vai além de aspectos biológicos e inclui os determinantes e condicionantes sociais que interferem na saúde.

A integralidade do cuidado, conforme afirma Hoffmann (2011), é uma discussão em pauta desde a Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978. Em tal Conferência já se enfatizava a saúde como um conceito amplo. A saúde, deste modo, como uma meta mundial, passa a ser vista como resultante de diversos fatores, incluindo os econômicos e sociais, o que exige do Estado uma responsabilização, assim como uma organização da política de saúde integrada às demais políticas públicas. Entende-se, desse modo, que ao Estado compete dar à população condições efetivas para que se possa garantir o exercício ao direito de cidadania e alcançar melhores condições de vida, o que se reflete na alimentação, lazer, transporte, emprego e moradia (MENDES, 1993; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Uma nova concepção de saúde e um novo sistema, portanto, impulsionaram mudanças no modelo de atenção, que passa a preconizar a universalização das ações, a descentralização e a melhoria da qualidade dos serviços, pautados na integralidade das ações (BRAVO; MATOS, 2001). Nesse contexto, os cuidados primários em saúde, estratégia de redefinição do modelo, foram assim definidos:

Atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis,

colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.01).

Com o processo de municipalização e descentralização do cuidado em saúde, inicia-se uma estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS).

## **1.2 Atenção Básica em Saúde: a importância dos cuidados primários**

A identificação de um contexto de “*crecientes iniquidades sociais e de saúde*” na maioria dos países, direcionou a adoção, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de alguns princípios para a construção da atenção primária nos cuidados de saúde. Nesta via, a organização propõe alguns direcionamentos, como: acesso equitativo, dignidade humana, ética profissional e cobertura universal. Em suma, advoga que os sistemas de saúde sejam pautados na proteção e na promoção de saúde (STARFIELD, 2002).

Relacionada a tal proposta, realizou-se, em 1977, a Assembleia Mundial da Saúde que fortaleceu o impacto da atenção primária em relação aos outros níveis de atenção e definiu como meta aos países participantes “saúde para todos no ano 2000”. Neste sentido, alguns princípios foram declarados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, na qual a OMS afirmou que os cuidados primários em saúde são “serviços essenciais de saúde”. Este acontecimento foi um marco para definição de novas diretrizes e princípios do cuidado em saúde, objetivando que as ações neste nível de atenção estejam de acordo com os problemas e necessidades de saúde dos cidadãos, assim como de diferentes grupos sociais (BRASIL, 2011), contribuindo para melhoria da saúde e prevenção de agravos. Como afirma Starfield (2002, p.28), “*a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar*”.

Deste modo, a atenção primária tem como princípios norteadores: ser porta de entrada no sistema de saúde, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Starfield (2002, p. 28) ressalta a atenção primária como

*“aquele nível de um sistema de serviço que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa”*, não sendo, portanto, direcionada para a enfermidade.

É válido ressaltar que os termos “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” tem apresentado relativo consenso na sua utilização. Na concepção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera-se estes termos como equivalentes no Brasil, associando a ambos os mesmos princípios e diretrizes da referida política. Tais diretrizes, em consonância com os princípios fundamentais do SUS, são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Nesta perspectiva, na busca pela produção de uma atenção integral, o sujeito é considerado em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012). Na presente pesquisa, foi priorizado o uso do termo “Atenção Básica em Saúde”, de acordo com a maioria dos documentos oficiais do MS.

Nacionalmente, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), arranjo organizativo que visa suplantar a fragmentação da atenção à saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, Port. 4279, 2010), tem na ABS a porta de entrada privilegiada para a população no sistema de saúde. Assim, a ABS busca superar um cuidado em saúde centrado exclusivamente na doença e, a partir de uma nova perspectiva do trabalho em equipe, alcançar uma nova lógica da assistência em saúde, fazendo parte da construção de novos dispositivos para o cuidado integral. Almeja-se nova lógica de atuação, antagônica ao modelo tradicional centrado na doença e nos especialismos.

O escopo, objetivos e diretrizes da ABS foram definidos pela PNAB<sup>2</sup>, em 2012, da seguinte forma:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

---

<sup>2</sup> Em 2017, foi aprovada a nova PNAB. No entanto é válido ressaltar que, na ocasião da pesquisa, ainda não havia rebatimento da mesma na prática institucional.

Tais princípios e características trazem a necessidade de qualificação das equipes de saúde que atuam na ABS para a redefinição de suas ações rumo ao enfrentamento de novos desafios. Com a ABS como estruturante do sistema, pretende-se que a RAS torne-se mais resolutiva, adequando-se às mudanças nas necessidades de saúde (BRASIL, 2014).

Na reestruturação do sistema de saúde, o Ministério da Saúde implementa, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com vistas a organizar a atenção primária em substituição aos modelos existentes. O Programa passa, então, a ser política de Estado e uma das bases do SUS (BRASIL, 2010). Deste modo, Souza (2010, p. 31) afirma: “*O Programa Saúde da Família apresenta trajetória exemplar de um programa que nasceu focalizado e se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica que tem contribuído significativamente para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde*”. Cabe ressaltar que estão previstas outras formas de organização da ABS, como os Centros Municipais de Saúde (CMS), unidades mistas com cobertura parcial da ESF, e os Consultórios na Rua.

Atualmente, como uma estratégia, a Saúde da Família é prevista pela PNAB, a qual estabelece bases para a organização e expansão da ABS. Configura-se, conforme afirmam Aosani e Nunes (2013), em um universo de práticas de produção de novos cuidados em saúde, que acompanham as novas concepções de saúde. Por meio das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde da ESF, a ABS atua conforme território adscrito, na busca por relações de vínculo entre profissionais e usuários na produção do cuidado. Aliados a todos estes aspectos, torna-se relevante considerar a autonomia das pessoas, assim como os determinantes e condicionantes de saúde presentes nos contextos de vida da população.

Monnerat (2012, p.115), referindo-se ao novo modelo de gestão e produção de saúde, afirma:

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo de saúde-doença, que pretende ultrapassar as concepções marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual vive o centro da atenção à saúde.

Neste modelo, a terminologia ‘território’ se tornou corriqueira no campo da saúde mental e da saúde como um todo. Desde a reforma psiquiátrica, movimento contemporâneo ao ‘surgimento’ da reforma sanitária nos anos 1970, busca-se reinserção territorial de pessoas em sofrimento psíquico, em contraste ao modelo hospitalocêntrico, anteriormente vigente. A ABS pactua deste objetivo de acompanhamento com base territorial, pois possibilita maior proximidade dos usuários aos serviços de saúde, assim como permite aos profissionais conhecerem a realidade daqueles. Como afirma Dimenstein (2005), uma prática de promoção e prevenção associada à assistência integral requer considerar que as situações de

adoecimento no território estão associadas a condições sociais e econômicas frequentemente vulneráveis.

O Caderno 27 GM/MS (BRASIL, 2010) afirma que o território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Em decorrência, as eSF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico.

As equipes multiprofissionais atuantes na ABS são referências para o cuidado em saúde no território, tendo como base o princípio de acesso facilitado da população ao sistema de saúde. Cada equipe é composta, no mínimo, por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os profissionais de saúde bucal também podem compor a equipe ampliada.

O trabalho interprofissional é um dos maiores desafios do modelo de atenção básica, assim como a escuta qualificada, para acolhimento das queixas e atendimento às demandas existentes. Sobre a integração da equipe no campo saúde, Schraiber (1999, p.232) afirma:

Visto que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica e cultural, e que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo – o processo saúde-doença – constituem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas multiprofissionais.

Para que esta assistência integral seja uma realidade, não é suficiente a aglutinação de profissionais de diferentes categorias no mesmo espaço de trabalho, pois a eficácia da atenção requer da equipe comunicação e integração (PEDUZZI, 2001; SCHRAIBER, 1999), em um modo de funcionamento que se define pela interdisciplinaridade. Conforme afirmam Miranda *et al* (2012, p. 1571):

As equipes interdisciplinares são um espaço dinâmico, constituído por saberes, tecnologias, modos de atuação, discursos, necessidades e tipos de relações que, em contínuo movimento de afetação, integração

e desintegração, constituiriam modos de ação pautados em determinada organização coletiva das relações e das práticas.

Ademais, os profissionais da ABS lidam, no cotidiano profissional, com o desafio, conforme proposta da Reforma Sanitária, de contribuir para a construção de uma prática profissional nos dispositivos da ABS a partir de uma corresponsabilização e gestão do cuidado. Nesta via, as equipes multiprofissionais da ABS, dispõem, desde 2008, do suporte dos NASF, que são compostos por especialidades incumbidos de dar apoio às equipes diante da pluralidade de agravos que se apresentam. Conforme afirmam Hori e Nascimento (2014, p. 3562):

Os núcleos de apoio seguem as diretrizes estabelecidas para a APS: ação interdisciplinar e intersetorial, educação em saúde, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde. Há necessidade de discussão dos casos clínicos para a construção de propostas de acompanhamento.

O trabalho interdisciplinar é uma ação importante e estratégica para a ampliação deste modelo de assistência à saúde, pois permite, dentre outros aspectos, o compartilhamento dos saberes e o enriquecimento das interações. Por meio dessa interação, Miranda *et al* (2012, p.1572) afirmam que:

[...] os profissionais buscam reconhecimento de diferentes ordens: capacidade profissional, valorização de classe, habilidade pessoal para o trabalho, estilo de se relacionar e se posicionar ante os problemas, dentre outros. As equipes interdisciplinares são um espaço de embate entre diferenças, de luta entre discursos diversificados.

Neste contexto relacional, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostra esta lógica de acompanhamento ao se configurar como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, o que requer atividades em equipe direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade (HORI; NASCIMENTO, 2014). Representa oportunidade das eSF construírem possibilidades de intervenção para os casos apresentados com envolvimento dos matriciadores do NASF, considerando os recursos do território.

Em todo este processo de construção de uma nova forma do cuidado em saúde, é necessário que as mudanças não se restrinjam aos serviços em si. É crucial que haja compromisso com a história, situação social e subjetividade dos usuários, para que estes não sejam reduzidos à “doença” que vivenciam. Estes devem ser vistos como sujeitos concretos,

sociais, com direitos e capazes de exercer protagonismo e construir um mundo melhor para si e para outros (CAMPOS, 1997).

### 1.3 O NASF como suporte matricial

As concepções acerca do processo de saúde-doença têm alcançado algumas transformações ao longo das últimas décadas. A causalidade das doenças passou de uma visão restrita para uma visão ampliada, que considera aspectos para além da questão biológica, como os estilos de vida, meio ambiente e sistema de saúde (MENDES, 1996, p. 237):

A saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual seja coletivamente.

Desse modo, torna-se relevante que a prática em saúde consolide em seus dispositivos as concepções referentes aos novos paradigmas e conceitos de saúde. Mendes (1996, p.478) aponta o caminho nesta direção, *“incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como prática”*.

A PNS busca a reorganização do sistema e a ABS, como já mencionado, passa a constituir a porta de entrada privilegiada do SUS, sendo a ESF a modalidade principal de atuação nestes dispositivos. Deste modo, busca-se atuar próximo à população com intuito de melhorar a saúde em suas dimensões ‘física, mental e social’ (CHIAVERINI, 2011).

Nesse contexto, os NASF configuram-se em equipes multiprofissionais constituídas para dar suporte e resolutividade as eSF, considerando as novas diretrizes do campo saúde. Em relação às modalidades NASF, o Ministério da Saúde define três tipos, descritos no Anexo A: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. Para cada um deles, são estabelecidas quantas equipes deve apoiar e qual a carga horária dos profissionais envolvidos. Neste rearranjo, as equipes ESF e NASF desenvolvem, no processo de trabalho, discussões de caso, visitas domiciliares, interconsultas, intervenções conjuntas e construções conjuntas de projetos terapêuticos.

Os Núcleos, portanto, atuam de forma integrada com as equipes de referência, sendo esta atuação fundamentada no atendimento compartilhado. As equipes de referência, segundo Campos (1999, p.397), são aquelas que detêm a responsabilidade do cuidado de determinado sujeito, família ou comunidade. São equipes responsáveis pelas famílias dos territórios onde atuam. Sobre a função principal dos profissionais de referência, o autor afirma ser a elaboração e aplicação do projeto terapêutico individual, o qual *“implica certo diagnóstico,*

*depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas”.*

Os núcleos de apoio especializado no âmbito da ESF foram criados pela Portaria 154/2008 em fortalecimento da integralidade da ação como diretriz do SUS. Deste modo, a Portaria 3088 MS/GM, de 23/12/2011, esclarece que o NASF é formado por equipe multiprofissional, cujos integrantes apoiam tecnicamente os profissionais da ABS, conforme define:

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes”.

A Portaria referida também faz menção à atuação do NASF de forma integrada à rede de serviços de saúde, bem como a responsabilização compartilhada entre as equipes da ESF e o NASF. Assim, entende-se que os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das eSF.

São novas concepções e diretrizes que passam a embasar as práticas do cuidado em saúde. Deste modo, o processo de trabalho da equipe NASF se configura em um apoio nos cuidados em saúde que tem como referencial teórico-metodológico o apoio matricial às eSF (BRASIL, 2014). É um processo de trabalho que tem como princípio de organização a integração das equipes.

Apoio matricial e equipe de referência são ‘arranjos organizacionais’ para o cuidado em saúde, como afirma Campos (2007). Desse modo, o apoio matricial tem sido definido como uma ‘ferramenta’ de trabalho que ocorre quando um profissional especializado (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, dentre outros) dá suporte à equipe de referência mediante informações, ações conjuntas, orientações e discussões que tenham por objetivo aumentar a resolutividade do cuidado (BONFIM *et al*, 2013) e qualificar as ações.

Conforme defende Campos (2007, p.399), o apoio matricial busca proporcionar uma “*retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pela atenção*”. Para este autor, a ampliação da clínica e a implantação de novas práticas de saúde requerem novos

relacionamentos entre as equipes e das equipes com os usuários. E, ainda, Ballarin (2012, p.767) afirma que “*o apoio matricial constitui parte dos novos arranjos e metodologia de gestão do trabalho em saúde, objetivando a integração dialógica entre distintas especialidades e níveis de atenção*”. Esta proposta direciona para a possibilidade de novas respostas aos problemas de saúde da população em um contexto territorial.

O NASF utiliza a metodologia do apoio matricial, pois se considera que “*nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral*”, conforme afirma Campos e Dominiti (2007, p.400). O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014), em seu número 39, ressalta que o NASF atua com profissionais da ESF compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes da ABS. Deste modo, a organização de todo processo de trabalho da equipe NASF deve ter como foco o território no qual está inserido, priorizando o atendimento compartilhado com as equipes.

Nesta linha de cuidado, a proposta é que o usuário utilize as orientações de especialistas sem sair da Unidade Básica de Saúde (UBS) e sem deixar de ser paciente da equipe. Portanto, neste modelo, a prática tradicional de encaminhamentos (referência e contra-referência) é superada e o cuidado torna-se compartilhado, conforme a proposta da clínica ampliada, na qual nenhum saber é priorizado, evitando-se o privilegiamento de algum conhecimento específico (BRASIL, 2009).

O Núcleo constitui-se, portanto, em uma equipe matriciadora que intenta oferecer tanto apoio assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, segundo descrito em Brasil (2014, p. 17-18).

O NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Além disso, o apoio e a atuação do NASF também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos.

As ações práticas do NASF, portanto, têm como públicos alvo tanto as equipes quanto os usuários do SUS. Ao ampliar as ofertas dos serviços por meio do apoio às eSF, contribui com a resolutividade das ações e, desta forma, favorece a consolidação da ABS. O objetivo é alcançar uma maior qualidade na construção dos cuidados em saúde. São estes momentos da prática que proporcionam a interdisciplinaridade por meio da troca de saberes e

responsabilização mútua. Com isso, busca-se superar a lógica da fragmentação e fortalecer a prática multidisciplinar e interdisciplinar, rompendo com a verticalização e especialização na saúde. Sobre isso, Peduzzi (2001, p.103) afirma:

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Para garantir a resolutividade na ABS, a gestão de novas práticas no cuidado em saúde torna necessária a integralidade das ações com interação entre equipes multiprofissionais no trabalho conjunto (SCHRAIBER et al, 1999). Nesta via, Campos (2007) afirma que a gestão do trabalho em saúde e a interdisciplinaridade nas equipes devem acontecer sob um funcionamento “dialógico e integrado”. Neste viés, a equipe se configura não como um ajuntamento de profissionais de várias categorias, mas como espaço de comunicação e interação sobre o trabalho. Peduzzi (1998) distingue dois tipos de equipe: equipe agrupamento e equipe integração, sendo que, no segundo tipo, ocorre articulação das ações e interação dos profissionais.

A proposta de matriciamento à equipe multiprofissional, no âmbito da PNSM, deve ser um modelo organizacional que inclui as ações em saúde mental. Desta forma, a ABS, como reordenadora do sistema, coloca-se como porta de entrada também para os pacientes em sofrimento psíquico mediante a construção de novas práticas de saúde.

Chiaverini (2011, p.16), no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, explica que os profissionais matriciadores de saúde mental no NASF podem ser psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e enfermeiros especializados em saúde mental. E infere que “*o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento*”.

Neste novo modelo de construção das práticas em saúde, a integração entre SM e ABS potencializa avanços no cuidado em saúde mental, assim como proporciona o fortalecimento da rede e a integralidade das ações (CORREIA, 2011). Torna-se relevante compreender essas ações na prática, investigando que vivências e desafios têm proporcionado. Compreender estas realidades contribuiu para o fortalecimento das ações em saúde mental, considerando pressupostos das reformas e dos princípios e diretrizes do SUS.

#### **1.4 A construção do cuidado em saúde mental na ABS**

As políticas de saúde mental e a ABS compartilham de objetivos comuns e têm como proposta construir novas práticas de cuidado em saúde, considerando o indivíduo, em suas múltiplas dimensões. A integração destes dispositivos - SM e ABS - é a vivência prática da construção de um novo modelo de cuidado, no qual o aspecto saúde considera um olhar integral para o sujeito.

A OMS (2002) ressalta que o manejo e o tratamento de sofrimentos psíquicos no contexto da atenção primária é um passo fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos. Diante disso, entende-se que a integração dos serviços primários com a saúde mental favorece um cuidado integral.

Cabe ressaltar que demandas em saúde mental sempre estiveram presentes na ABS. No entanto, a proposta de ampliar e reforçar o cuidado a pessoas com sofrimentos psíquicos neste dispositivo é recente e faz parte do novo rearranjo da rede, a partir de uma visão ampliada em saúde. Referimo-nos aos princípios e diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica, que propõem a construção da rede de cuidado em saúde mental de base territorial, que preconize o acolhimento e o estabelecimento de vínculos terapêuticos (AOSANI; NUNES, 2013). Por várias décadas o cuidado em saúde mental esteve atrelado ao modelo hospitalocêntrico, manejo que representava na prática a medicalização, a exclusão, a autoridade. O tratamento, portanto, restringia-se a internações, representando o afastamento do paciente do seu meio de convívio familiar e comunitário (GOMES *et al*, 2010).

Desse modo, as ações de saúde mental na ABS se colocam como uma das possibilidades para a construção de novos modelos de cuidado. A proposta visa vencer a prática assistencial centrada no cuidado psiquiátrico, na busca de uma ação em saúde voltada para a valorização do sujeito por meio de práticas que o acolha e vincule, favorecendo a qualidade de vida. O enfoque deixa, então, de ser a doença e passa a ser o sujeito e sua família (AMARANTE, 2007).

A ABS ocupa um lugar estratégico no sistema de saúde, sendo o primeiro contato com as demandas dos usuários, sejam elas físicas ou mentais. Como afirma a PNAB<sup>3</sup> (2012, p. 9), as UBS *“instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de*

---

<sup>3</sup> No decorrer da pesquisa prática foi instituída a PNAB 2017, conforme portaria 2436, de 21/09/2017.

*qualidade*”. Deste modo, a base territorial deve ser um diferencial na construção do cuidado em saúde, com vistas a obter respostas às necessidades da população destes territórios específicos.

Por meio da ESF, a ABS se apresenta como a possibilidade concreta de novas práticas em saúde mental. A proposta é que a nova linha de cuidado em saúde seja pautada nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade. Desse modo, o debate brasileiro em torno da consolidação da prática de saúde mental na atenção básica tem ocupado teóricos e coordenadores das políticas de saúde.

Acerca da discussão da construção de novas práticas em saúde mental, Amarante (2007, p.16) afirma que *“quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites”*. A partir da clássica definição de saúde da OMS, que a propõe como o *estado de bem-estar físico, mental e social* e não mera ausência de doença, o autor afirma que:

Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007, p.19).

Estudos brasileiros apontam que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de demanda por atendimento na ABS (RIBEIRO; TANAKA 2009). Deste modo, a realidade nos territórios indica a necessidade de mudanças na gestão do cuidado em saúde. A integração da saúde mental com ABS, sua expansão e consolidação de uma rede de cuidado compartilhado são respostas a estas necessidades e direcionam para a construção de uma rede de cuidado.

Esses são aspectos e estratégias vivenciados no processo de trabalho da ESF, pois o campo de intervenção de cada equipe é sempre composto pelas famílias e suas relações com a comunidade (AOSANI; NUNES, 2013). As equipes de referência vivenciam a prática em saúde nos locais onde os usuários estão inseridos. Esta realidade permite um vínculo com os usuários, assim como um conhecimento dos territórios. No entanto, como afirma Aosani e Nunes, há necessidade de apoio dos especialistas na efetivação deste cuidado compartilhado, garantindo recursos para que a nova prática de cuidado se efetive.

O Ministério da Saúde afirma que as práticas em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, sendo o vínculo da equipe com os usuários e a noção de território o que unifica o objetivo destes profissionais (BRASIL, 2013). É a equipe de referência, ou seja, a equipe multidisciplinar da ESF que realiza o acolhimento destes pacientes, o que possibilita uma primeira escuta e conhecimento dos casos.

Sendo assim, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é constituído no cotidiano dos encontros entre os profissionais e os usuários, oportunidades em que estes constroem ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Sobre esta construção de um ‘novo’ cuidado, Campos *et al* (2013, p. 2803) refere que:

O profissional precisa encontrar uma posição de transversalidade, entre a frieza do saber acumulado e o calor da relação humana em curso. E, permanecendo inclinado, poderá construir em cada momento uma relação tensa, conflituosa, mas também empática e verdadeira, talvez até paradoxal que busque a complementaridade entre conhecimento acumulado, entre o passado, entre a norma e o paciente concreto que está em sua frente com sua cultura, seu sofrimento, suas possibilidades subjetivas, suas escolhas e a fase da doença que enfrenta.

Por meio do matriciamento, estas equipes podem compartilhar o cuidado com profissionais de saúde mental, fugindo da lógica de encaminhamentos. Este arranjo possibilita o compartilhamento e corresponsabilização pelo cuidado (BRASIL, 2013). Assim, o apoio matricial proporciona um melhor funcionamento dos cuidados aos usuários em sofrimento psíquico (WONCA; OMS, 2008), uma vez que se constitui na estratégia oficial a guiar as ações de saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2013).

O PTS, uma das estratégias desse processo de trabalho, demonstra o desafio de romper com o modelo tradicional, uma vez que pressupõe maior articulação interprofissional. Pressupõe-se uma construção técnica que considera cada caso e a especificidade de cada sujeito, assim como toda a sua possível rede de apoio (BRASIL, 2009).

Conforme relatório do WONCA/OMS (2008), no mundo há várias experiências exitosas na integração de cuidados primários com a saúde mental. No contexto nacional, no município de Sobral/CE, houve uma experiência “harmônica” do princípio da integralidade da SM/ABS (TÒFOLI *et al*, 2007). Esse processo resultou em uma nova forma de gestão municipal em saúde e, conseqüentemente, de práticas colaborativas envolvendo serviços de saúde mental e serviços de Saúde da Família. Deste modo, a equipe de referência realizava avaliações de saúde física e mental com todos os pacientes. Eles cuidavam dos pacientes

quando se sentiam qualificados para isso, ou pediam uma avaliação por parte da equipe especialista de saúde mental. O município de Sobral recebeu três prêmios nacionais pela sua abordagem em relação à integração de saúde mental nos cuidados primários.

Deste modo, percebe-se que a integração entre SM e ABS é relevante e, também, um processo que necessita de certos facilitadores, como envolvimento, sensibilização e qualificação dos profissionais da ABS. A equipe de referência deve contar com os apoiadores para os casos que julgarem necessários, realizando consultas conjuntas, discussão de casos e visitas domiciliares com os mesmos. Devem fazer parte deste processo a integração com os outros dispositivos especializados em saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e os ambulatórios. E, ainda, é necessária a perspectiva da intersetorialidade, para fortalecimento da rede de cuidado.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

O presente estudo buscou conhecer e analisar a dinâmica e os desafios das práticas de matriciamento desenvolvidas por equipes NASF de uma Área Programática do município do Rio de Janeiro, dando enfoque à construção do cuidado em saúde mental neste processo dialógico de profissionais do NASF com equipes de Saúde da Família. A proposta foi direcionada, portanto, a investigar de que forma está acontecendo, na prática, o trabalho entre estas equipes de referência e de apoio, incluindo a identificação de limites e de perspectivas envolvidos nesse processo, conforme percepções de psicólogas e assistentes sociais do NASF atuantes em uma das dez Áreas Programáticas da Saúde do referido município.

A investigação foi motivada por observações assistemáticas da pesquisadora neste contexto de trabalho, quando considerou relevante questionar: Como têm ocorrido as ações de matriciamento do NASF a ESF no cotidiano profissional? Em especial, como os especialistas em saúde mental têm atuado como matriciadores no âmbito da ABS? A integração entre estas equipes de referência e de apoio tem se efetivado conforme preconizado pelas políticas atuais na área? Quais os principais obstáculos encontrados para esta integração entre profissionais do NASF e da ESF e, por outro lado, quais suas potencialidades tendo em vista o fortalecimento de novas práticas de cuidado em saúde mental?

Deste modo, com base nas diretrizes do Ministério da Saúde para a reorganização dos modelos de atenção em saúde no Brasil, o objetivo geral traçado para a pesquisa consistiu em conhecer o processo de trabalho do NASF na perspectiva da construção do cuidado em saúde mental na ABS do município do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, foram construídos os seguintes: 1. apreender a prática do apoio matricial na construção do cuidado em saúde mental pelo NASF; 2. identificar os principais obstáculos e desafios observados no compartilhamento do cuidado em saúde mental entre equipes de referência e de apoio e 3. conhecer experiências e possibilidades do matriciamento em saúde mental desenvolvido por profissionais vinculados ao NASF na interação com as equipes da ESF.

## CAPÍTULO III

### MÉTODOS

#### 3.1 Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro, segunda metrópole do país, cuja área de 1224,56 km<sup>2</sup> está dividida em quatro regiões geográficas, comumente conhecidas como Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste. Para fins de planejamento em saúde, há divisão da cidade em cinco Áreas Programáticas (APs), como mostra o Anexo B, e 33 Regiões Administrativas (RAs), que englobam 160 bairros.

A segunda área mais populosa da cidade e uma das que mais cresce é a AP5, com uma população total de aproximadamente 1,5 milhão de habitantes, que representam 26,6% da população do município. A área referida tem um grau de desenvolvimento socioeconômico baixo em relação ao restante do município, sendo composta em sua maioria por famílias de baixa renda. Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,78 segundo o IBGE (2000)<sup>4</sup>.

A AP5 é composta por cinco Regiões Administrativas (RAs), conforme segue: Bangu (RA XVII), Realengo (RA XXXIII), Campo Grande (RA XXVIII), Guaratiba (RA XXVI) e Santa Cruz (RA XIX). Cada RA, por sua vez, é composta por um conjunto de bairros, assim totalizando o número de 21 bairros na AP5. São eles: Bangu, Gericinó, Padre Miguel, Senador Camará, Campos dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Vila Militar, Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Barra de Guaratiba, Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

A coleta de dados ocorreu em unidades da Rede de Atenção em Saúde (RAS) pertencentes a área identificada como 5.1, cuja Coordenação de Área Programática (CAP) está situada e é responsável pela Região Administrativa de Bangu (Padre Miguel, Bangu, Senador Camará e Gericinó) e pela Região Administrativa de Realengo (Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Magalhães Bastos e Realengo) (Anexo C). É neste campo que atua profissionalmente, como assistente social, a autora deste trabalho.

---

<sup>4</sup> IPP, Armazém dos Dados, IBGE (2000).

A RAS administrada pela CAP 5.1 possui um hospital de emergência, um Hospital da Mulher, quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onze Centros Municipais de Saúde<sup>5</sup> (CMS), quatorze Clínicas da Família, uma Casa de Parto, um Consultório na Rua e uma Policlínica. Os dispositivos de saúde mental desta área são compostos por dois CAPS e um CAPSi, além de três ambulatorios de Saúde Mental localizados em dois CMS e na policlínica, sendo todos eles referências para as UBS. Esta divisão é feita por eixos (conforme mapa disponibilizado no Anexo D), que direcionam os matriciamentos, os acompanhamentos e as reuniões de discussão e supervisão de casos.

O município do Rio de Janeiro tem apresentado mudanças significativas, nos últimos anos, em relação à expansão do sistema de saúde, mais especificamente a ampliação da cobertura da ESF, conforme afirma o Plano Municipal de Saúde (2014-2017).

No município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2008 e 2013, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família. Mais de 800 equipes foram implantadas e menos de 7% delas estão incompletas (CNES, 2013). Neste mesmo período, foram inauguradas 71 novas Clínicas da Família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades da atenção básica em saúde (ESF).

Na Área Programática 5.1, investiu-se na ampliação do número de equipes NASF a fim de que estas acompanhem a expansão da ESF. Em 2010, foram criados os três primeiros NASF; em 2011, foram implantados mais seis núcleos, após a incorporação de servidores e novas contratações; em 2014, houve uma expansão do número de equipes NASF no território, passando de nove para doze; em 2016, houve a reorganização territorial das equipes NASF, sendo que em 2018, ano da pesquisa, a área possuía um total de doze equipes de apoio (conforme anexo G).

A coleta de dados foi conduzida nas unidades básicas, Clínicas da Família e CMS onde estavam lotados os profissionais do NASF que aceitaram o convite para participação na pesquisa.

---

<sup>5</sup> Os CMS são unidades (tipo B) que oferecem serviços básicos em saúde assim como as clínicas da família (unidades tipo A). No entanto, no CMS a cobertura pela ESF é parcial. Já nas clínicas da família, a cobertura pela ESF é total.

### **3.2 Participantes**

Como participantes da pesquisa, foram entrevistadas oito profissionais do sexo feminino que integravam equipes NASF vinculadas ao território da AP 5.1 da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, sendo quatro assistentes sociais e quatro psicólogas.

Além da participação voluntária, foram considerados como critérios para a inclusão na pesquisa compor uma equipe NASF por, pelo menos, um ano e colaborar em processos de matriciamento em saúde mental. Cada um dos três eixos de saúde mental da RAPS da 5.1 em que estavam lotadas as participantes serviam como espaço de supervisão e discussão de casos. O fórum de saúde mental, que acontecia mensalmente, era comum aos três eixos.

Ao longo desta dissertação, protegeu-se o anonimato das participantes, que serão referidas por suas áreas profissionais e um número designado para cada uma delas, de modo a resguardar suas identidades. Além disso, procurou-se manter sigilo em relação às unidades de saúde nas quais atuavam.

### **3.3 Instrumentos**

As entrevistas realizadas com as matriciadoras do NASF foram do tipo semiestruturada ou semiaberta, que se caracteriza pelo apoio em um roteiro de perguntas construído previamente, porém sem se prender ao mesmo, já que a ordem e o conteúdo das questões podem ser alterados conforme o fluxo da conversação. O instrumento de base utilizado (Apêndice A) foi constituído por um conjunto de questões abertas, que foram elaboradas com vista ao alcance dos objetivos da pesquisa.

O roteiro de entrevista, portanto, foi direcionador do estudo e, também, um instrumento de interação com as profissionais envolvidas. É composto por uma parte inicial destinada a contextualização das participantes em termos de suas experiências de formação e de atuação profissional. O intuito foi o de estabelecer um perfil das entrevistadas em suas trajetórias profissionais, incluindo cursos de graduação e pós-graduação, tipo de vínculo mantido com a Prefeitura do Rio de Janeiro, tempo de atuação no NASF e principais ações, em linhas gerais, desenvolvidas com as eSF.

Com maior atenção ao alcance dos objetivos da pesquisa, o instrumento abrange ainda onze perguntas organizadas em três eixos temáticos, assim identificados: 1. percepção do apoio matricial no âmbito do NASF (três perguntas), 2. limites, desafios e possibilidades do

processo de trabalho (quatro perguntas) e 3. dinâmica da relação do NASF com as eSF na construção do cuidado em saúde mental (quatro perguntas).

Para complementação e maior clareza acerca da integração entre as equipes de referência e de apoio, no último eixo temático foi solicitado às profissionais que exemplificassem suas falas com casos de usuários em sofrimento psíquico que haviam acompanhado junto às equipes da ESF, ressaltando resultados do matriciamento realizado no âmbito das ações de saúde mental.

### **3.4 Procedimentos Éticos**

O projeto desta pesquisa, após aprovado em exame de qualificação de mestrado, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal Cardoso Fontes, pela Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável em sete de dezembro de 2017, conforme documento de número 2.421.991 (Anexo E). Em seguida, foram iniciados os procedimentos previstos para a realização da coleta de dados, planejados em conformidade com as orientações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS MS), que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Antes de dar início a cada entrevista, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), o qual foi destinado à leitura e posterior assinatura dos profissionais do NASF convidados a integrar a pesquisa, sendo elaborado em linguagem simples e objetiva. Além das informações pertinentes ao processo de investigação, como seus objetivos e procedimentos, o TCLE esclareceu que não haveria prejuízos em relação à decisão de participar ou não da pesquisa. Por outro lado, àqueles que consentiram em participar foi garantido o sigilo de suas identidades, assim como das informações disponibilizadas.

A coleta dos dados foi conduzida no próprio território, em data e local de preferência das profissionais, após terem sido feitos contatos telefônicos com as mesmas para apresentação do estudo e formulação do convite. Cuidou-se para realizar os encontros em horários de menor fluxo de trabalho e em salas das unidades de saúde que favorecessem conforto e privacidade.

Como devolutiva, a pesquisadora se propôs a socializar os resultados principais do estudo às participantes e a CAP 5.1, em datas e formatos a serem posteriormente acordados.

### **3.5 Procedimentos de coleta de dados**

De posse da carta de anuência da coordenadora de área para o desenvolvimento da coleta de dados (ANEXO F), foram contactados os gerentes das unidades, e, com a concordância e mediação destes, foi feita uma aproximação dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão no estudo. Estas interações iniciais ocorreram a partir de grupos e modos de contato já existentes entre os profissionais da CAP 5.1 e visaram apresentar a pesquisa e formular os convites para sua efetivação.

Diante da sinalização do interesse em participar da pesquisa, foram agendados os encontros individuais para a realização das entrevistas, conforme disponibilidade pessoal e escolha de local e data pelas próprias profissionais. A coleta de dados aconteceu em oito unidades diferentes, pertencentes aos territórios adscritos da CAP 5.1. A pesquisadora se dispôs, se necessário, a remarcar o dia e horário da entrevista para que não houvesse prejuízo das atividades profissionais e comprometimento da rotina institucional. Isso aconteceu com uma das participantes, quando a entrevista prosseguiu em outra data proposta.

Em cada encontro presencial, inicialmente foi apresentado o TCLE e esclarecido os objetivos da pesquisa. O termo foi lido e assinado pelas profissionais que, portanto, voluntariam-se a colaborar com o processo de investigação conforme proposto. As entrevistas foram, então, iniciadas e os dados obtidos foram gravados em áudio. Os relatos registrados foram integralmente transcritos e os arquivos eletrônicos gerados no processo ficaram disponíveis e acessíveis somente às duas pesquisadoras responsáveis.

### **3.6 Análise de dados**

Os dados coletados e transcritos no decurso da pesquisa foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, de acordo com os procedimentos proposto por Bardin (2012). Conforme afirma esta autora, este método compreende um conjunto de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin (2012) orienta que, no uso desta estratégia metodológica, sejam obedecidas algumas etapas, incluindo pré-análise, exploração, organização e interpretação do material em estudo. Deste modo, com intuito de organizar e sistematizar o material coletado, foram realizadas várias leituras do conteúdo transcrito, com apontamento, no texto, dos vários sentidos que foram reconhecidos nos relatos das participantes. Posteriormente, foram feitos

agrupamentos destes dados com vistas a categorização dos mesmos a partir dos eixos temáticos do roteiro de entrevista, tendo por base os significados presentes nos discursos. Por fim, as interpretações foram realizadas tendo em vista o conjunto das informações obtidas, os documentos vigentes do Ministério da Saúde e o embasamento teórico fornecido pela literatura voltada para o apoio matricial em saúde mental.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo são descritos os resultados principais deste estudo e realizadas algumas discussões com base na literatura da área e em documentos oficiais referentes ao processo de trabalho na ABS. Iniciamos com uma apresentação breve do contexto de trabalho das profissionais participantes. Na sequência, abordando as questões centrais da pesquisa, conforme os objetivos propostos, são apresentadas as informações coletadas a partir dos três eixos temáticos propostos. O primeiro eixo está relacionado às concepções das entrevistadas acerca do apoio matricial, o segundo refere-se às práticas de apoio matricial exercidas por elas junto às eSF enquanto especialistas em saúde mental no âmbito da equipe NASF e, por fim, o terceiro eixo versa sobre suas percepções em relação aos processos e resultados das práticas de apoio matricial que vem sendo desenvolvidas em casos de saúde mental. As informações reunidas foram organizadas em categorias para conhecimento e análise dos dados de forma mais precisa e elucidativa.

#### **4.1 Caracterização das participantes**

As quatro psicólogas e as quatro assistentes sociais participantes da pesquisa integravam equipes NASF na AP 5.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, as quais aqui serão identificadas pela categoria profissional e um número de ordem, indo de 1 a 4. Estas profissionais respondiam em seus territórios como especialistas para as demandas identificadas como de saúde mental. Cabe ressaltar que na ocasião das pesquisas a CAP 5.1 estava com *déficit* de profissionais de psiquiatria (um profissional matriciador), o que justifica a ausência de entrevistas com essa categoria.

O Quadro 1 apresenta um resumo do contexto de atuação das entrevistadas, cujos dados foram organizados por categoria profissional.

No total das entrevistadas, apenas uma delas era servidora pública municipal e, portanto, estatutária. As outras eram celetistas, contratadas por OS (Organização Social). No país, segundo Campos (2017), há quase oito mil entidades prestadores de atenção à saúde, cada uma com suas próprias regras de trabalho. Isso fragiliza as relações trabalhistas e, conseqüentemente, corrobora para que em uma mesma região haja trabalhadores com responsabilidades e direitos diferenciados.

Aspectos do trabalho	Categoria Profissional	
	Assistentes Sociais (N=4)	Psicólogas (N=4)
Vínculo com PCRJ	Uma estatutária e duas celetistas (contratadas por OS).	Todas celetistas (contratadas por OS).
Carga Horária	Três com 30 horas semanais e uma com 20 horas semanais.	Todas cumpriam 40 horas semanais.
Número de eSF que matriciavam	10 a 16 equipes (Média = 13).	10 a 16 equipes (Média = 13,75).
Tempo de atuação no NASF	2 a 6 anos (Média = 3,25).	2 a 4 anos (Média = 2,75).
Experiências acadêmicas relevantes	Uma estagiária em saúde mental. Uma com mestrado em Política Social.	Uma com especialização em psicanálise e outra em Psicologia Hospitalar (sem prática na área). Uma estagiou em saúde mental (CAPSi).
Experiências profissionais prévias	Atuações em ambulatório da ABS, na Secretaria de Assistência, em urgência e em gestão estadual.	Uma com experiência no Programa Saúde na Escola (PSE). Três com experiências clínicas em consultório.

Quadro 1. Aspectos da formação e atuação profissional das profissionais entrevistadas

Pelos dados levantados acerca da carga horária semanal de trabalho, observou-se quantitativo de horas diferenciado entre as duas categorias profissionais. As psicólogas atuavam no NASF com dedicação de 40 horas por semana distribuídas em até três unidades, enquanto as assistentes sociais cumpriam uma carga horária de 20 ou 30 horas, dependendo da contratação. Em relação a essa questão, a Lei 154/2008 em seu artigo 4º determina que os profissionais do NASF trabalhem em horário coincidente às equipes da ESF, reforçando que cada profissional deve ter carga horária máxima de 40 horas. As diferenças observadas podem ser entendidas tendo em consideração a Lei que determina a duração de trabalho semanal para cada categoria, assim como os contratos regidos pelas OS que operam no município. No caso dos assistentes sociais, vigora uma carga horária total de 30 horas semanais, conforme a Lei federal 12317, de 26/8/2010. Em relação aos psicólogos, embora haja projeto de lei para assegurar que a jornada semanal de trabalho para esta categoria também não exceda as 30

horas, tem vigorado as 40 horas semanais conforme determinação da Lei 154 (24/01/2008), refletida nos contratos com as OS. Essa diferenciação da carga horária nos mostra um recorte da realidade do SUS em relação à política de pessoal, com ausência de uma gestão única em relação a esse aspecto. Conforme refere Campos (2017, p.5), “*constata-se que há uma multiplicidade de políticas e de modos para a gestão de pessoal do SUS*”.

A ausência de uma política única de gestão também tem contribuído para diferenciação na quantidade de equipes matriciadas. Assim, foi observado que as entrevistadas apoiavam um total de dez (n=3); treze (n=1); quatorze (n=2); quinze (n=1) ou dezesseis equipes (n=1). Vale, no entanto, ressaltar que após a realização das entrevistas, houve um redirecionamento na área. Deste modo, os NASF passaram a apresentar, em relação aos territórios e equipes, uma nova divisão, apresentada no Anexo G. No entanto, tal mudança não alterou os aspectos discutidos neste trabalho.

Diante dos dados, percebe-se uma variação de equipes conforme o território em que estão lotados os NASF. Não havia uma distribuição igualitária na área programática 5.1, o que evidenciou a diversidade de responsabilidades e atribuições das equipes de apoio. Deste modo, percebemos que as condições gerais de trabalho são variadas e há ausência de investimento no aprimoramento profissional para efetivação do processo de trabalho do NASF. Conforme afirma Campos (2017), alguns aspectos organizacionais e estruturais podem dificultar a expansão e consolidação da ESF e do apoio matricial na ABS.

Em relação ao número de equipes que as profissionais apoiavam, havia um quantitativo acima do que é preconizado pelo MS. A portaria 3124 de 28/12/2012, define que o NASF 1, como é o caso do território estudado, deve realizar suas atividades vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes. Deste modo, o total de equipes matriciadas na AP 5.1 mostrou-se elevado, considerando o que preconiza o MS, o que pode prejudicar a qualidade do serviço prestado.

No quesito experiências acadêmicas ou profissionais prévias em saúde mental, somente uma assistente social e uma psicóloga tinham anteriormente experiências práticas na área, como estagiárias, no sistema público de saúde. Isto evidencia necessidade de aprimoramento para assumir o processo de trabalho no NASF. Somente implantar a equipe NASF não é suficiente para ampliar a resolutividade do sistema. Para a construção de um novo olhar e novos modos de cuidado em saúde na ABS, torna-se essencial que as equipes multiprofissionais sejam compostas por profissionais devidamente fundamentados nos

princípios do SUS e implicados com as discussões e processos específicos de sua área profissional nas diferentes linhas de cuidado.

Com relação a suas rotinas de trabalho, as entrevistadas apresentaram tanto atividades técnico-pedagógicas como atividades assistenciais diretas como sendo parte das ações atuais que desenvolvem comumente no âmbito do NASF. Dentre as atividades de apoio à equipe, prevaleceram as seguintes, realizadas na UBS ou como ação no território: reuniões de equipes, discussão de caso, consultas conjuntas (atendimentos compartilhados) como visita domiciliar, e a educação permanente com as equipes.

As atividades de natureza mais assistenciais, realizadas junto aos usuários, em sua maioria foram caracterizadas como trabalho em grupos, algumas vezes com coordenação compartilhada com profissionais de outras áreas. Por exemplo: grupo de bolsa família, grupo com segmentos específicos da população (mulheres, crianças ou idosos), grupo para pessoas com quadro depressivo ou ansioso. Também foram mencionados os atendimentos clínicos individuais, ações em escolas e ações de promoção de saúde, como aquelas realizadas no dia da mulher, para a saúde do homem e campanha contra a hipertensão arterial.

## **4.2 Concepções do apoio matricial**

Inicialmente, buscou-se compreender os aspectos que definem o apoio matricial no entendimento das entrevistadas, abarcando suas características principais e ações correspondentes. Nessa direção, foram observados os seguintes sentidos de matriciamento conferidos pelas suas narrativas: oferta de apoio, construção conjunta, capacitação e fortalecimento da equipe de saúde (formação continuada em serviço) e melhoria do cuidado em saúde (busca de integralidade). As duas primeiras categorias dizem respeito ao processo do matriciamento, enquanto as duas últimas remetem aos resultados pretendidos, seja em termos dos efeitos sobre a formação profissional ou sobre a qualidade do atendimento aos usuários.

O discurso das entrevistadas, portanto, refere o apoio matricial como uma atividade ampla, que apresenta como seu aspecto central o oferecimento de apoio a membros de uma outra equipe, mas que pressupõe, nesta oferta de suporte, um processo de compartilhamento de saberes, com vistas ao fortalecimento do trabalho multiprofissional e, em extensão, à integralidade do cuidado. O matriciamento, portanto, não era visto de modo unilateral ou estanque, com finalidade que se esgota em sua dimensão técnica amparada no saber de um

especialista, mas é compreendido em sua dinamicidade e em seus propósitos mais amplos, conforme proposto por Campos (2000).

Com relação a categoria **oferta de apoio**, as entrevistadas afirmaram que o processo se dá quando as equipes de referência, diante de casos específicos, solicitam suporte ao NASF e, por conseguinte, o apoio técnico é ofertado. Este processo acontece por meio de orientação com vistas a ajudar à equipe nas suas dificuldades, acolhendo suas fragilidades.

O apoio técnico, portanto, consolida-se por meio da disponibilização de conhecimentos de determinada especialidade a outro(s) profissional(is), ato este que, na percepção das entrevistadas, é capaz de proporcionar maior clareza em relação ao entendimento e ao manejo dos casos dentro dos limites possíveis da atuação, tendo em vista a complexidade presente. Conforme referido pelas entrevistadas:

Eu acho que teoricamente é algo interessante. É preconizado o atendimento multidisciplinar. É onde os saberes atuam de forma horizontal né. Onde as pessoas contam com conhecimento profissional pra dar conta de uma situação, de uma demanda, de um caso. (Psicóloga 3)

Olha, apoio matricial eu entendo como um suporte às equipes, uma solicitação que as equipes nos fazem de casos não tão complexos, casos que a gente pode pensar em ações que o médico e a enfermeira podem manejar na atenção básica. (Psicóloga 4)

Apoio matricial é quando a equipe demanda algum conhecimento específico da nossa área. Por exemplo, para o assistente social demanda sobre direito ou negligência, quando algum tipo de direito é violado, ou empoderamento daquela família, da mulher, do idoso. (Assistente social 2)

É o apoio da equipe. É o acolhimento dessa equipe. O paciente tem que ser acolhido, mas quando eu matricio essa equipe, eu acolho que fragilidade a equipe tem para que o NASF possa matriciar. (Assistente Social 4)

Na descrição das entrevistadas a oferta de apoio acontece a partir do acionamento de membro(s) da eSF, sendo considerada uma ação dinâmica, expansiva e flexível, que abrange vida de famílias e grupos, com esforços de adequação a diferentes necessidades e demandas, conforme as peculiaridades de cada situação. De fato, como ressalta Campos e Dominiti (2007), o apoio matricial caracteriza-se pelo oferecimento de retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes. O apoiador, conforme esclarece estes autores, “*é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber*” (p.401). É importante ressaltar que este oferecimento de apoio, conforme afirma Campos (2000) deve acontecer a partir do

compartilhamento do cuidado e de trocas de saberes, reforçando a horizontalidade e integralidade da assistência. Deste modo, configurando ações e construções compartilhadas.

No Guia de Matriciamento de saúde mental, Chiaverini *et al* (2011, p. 64) sinaliza que as dificuldades dos profissionais devem ser discutidas com os matriciadores:

[...] os profissionais da atenção primária deparam-se frequentemente com muitas dificuldades no acompanhamento das pessoas com sofrimento emocional e no manejo dos transtornos mentais. A identificação e a discussão dessas dificuldades devem ser feitas juntamente com esses profissionais em encontros matriciais ou em outras atividades de educação permanente da equipe.

Além da categoria oferta de apoio, as entrevistadas ressaltaram o matriciamento como uma ação que se caracteriza por uma **construção conjunta**, ou seja, pelo fazer juntos. Deste modo, deve ir além do encaminhamento ou da simples orientação que prescreve o que fazer. Requer, na prática, ação pedagógica, intercâmbio de saberes, horizontalidade e atividades integradas, o que é viabilizado mediante algumas práticas e ações, como discutir casos, realizar reuniões, construir planos terapêuticos e pensar em estratégias conjuntamente. Como exemplo destas categorias são destacadas as seguintes falas:

Apoio matricial eu percebo como você discutir um caso e, assim, ocorrer a troca de saberes e aí pensar em relação àquela realidade. (Assistente social 1)

[...] o apoio matricial na teoria seria a gente participar dos atendimentos em conjunto, das reuniões, discutir os casos, pra que as equipes consigam aprender a lidar com os casos de saúde mental e outras complexidades de uma forma diferente que não seja apenas um encaminhamento. (Psicóloga 2)

[...] Então eu penso muito o apoio matricial nesse aspecto, da gente poder tá junto com eles pensando os casos, sem a necessidade da gente tá encaminhando para a atenção especializada, mas para lhe atribuir uma certa complexidade, sem reduzir o caso. (Psicóloga 4)

Em suma, as entrevistadas sinalizaram que os espaços de comunicação entre as equipes têm contribuído para a efetivação de uma troca horizontal de conhecimento que visa romper com aspectos do cuidado em saúde tradicional, centrado nos especialismos, onde não há compartilhamento de saberes e corresponsabilização do cuidado. Tal aspecto fortalece a prática de cuidado em saúde mental na ABS segundo uma nova lógica.

De fato, Campos e Dominiti (2007) afirmam que o apoio matricial se constitui em uma metodologia de gestão do cuidado em saúde, na qual equipes de referência e equipes de apoio

atuam de forma integrada. É uma metodologia de trabalho que prevê a responsabilização compartilhada do cuidado na ABS. De acordo com eles, *“o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”* (p.401).

Sobre o atendimento compartilhado, o Ministério da Saúde afirma tratar-se da realização de intervenções nas quais tanto os profissionais de apoio quanto à equipe de referência sejam sujeitos dessa ação (Brasil, 2009). Uma ação de co-participação, que se espera seja marcada pela troca de saberes entre os profissionais envolvidos, assim como pelo compartilhamento de experiências.

O trabalho conjunto é algo previsto na Portaria que estabelece o NASF, atuando como uma ferramenta da gestão do cuidado na ABS. Sobre a missão do NASF, a referida Portaria, afirma que a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo (Brasil, 2010).

Em seus discursos, as participantes fazem alusão a instrumentos utilizados para o atendimento compartilhado, como o PTS. A Portaria GM 154 (BRASIL, 2008), ao referir-se às responsabilidades das equipes NASF e ESF, define como primordial a elaboração de projetos terapêuticos individuais através de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva por ambas as equipes do acompanhamento dos usuários, o que se faz por ações multiprofissionais e transdisciplinares e com responsabilidade compartilhada.

Embora as entrevistadas tenham apresentado o matriciamento, do ponto de vista conceitual, como uma atividade positiva no sentido de oferecer conhecimentos técnicos às eSF, em seus discursos apontaram perceber, muitas vezes, uma diferenciação entre o que está previsto nos documentos e fundamentado teoricamente do que efetivamente se observa na prática. Nesse sentido a Psicóloga 3, por exemplo, avalia: *“Eu acho que teoricamente é algo interessante. É preconizado o atendimento multidisciplinar. É onde os saberes atuam de forma horizontal né. [...]. Mas eu entendo que para alguns profissionais ainda é difícil”*.

Tal fala sinaliza uma crítica em relação ao que teoricamente é concebido como matriciamento e o que tem sido possível realizar na prática. Entende-se que as entrevistadas tinham clareza conceitual em relação ao que é o apoio desta natureza, no entanto observavam entraves para sua efetivação, seja pela dificuldade de participarem em reuniões de eSF ou por encontrarem resistências por parte de alguns profissionais. Este desafio colocado pelas entrevistadas pode estar relacionado a alta demanda que o NASF assumia na área, com um

número de equipes a matriciar superior ao que preconiza o Ministério da Saúde. Este fator pode ser considerado como algo que causa impacto no apoio ofertado, dificultando a participação do NASF nas reuniões de equipe e a construção de um melhor vínculo com os profissionais da eSF.

Na categoria **formação continuada em serviço**, as entrevistadas apontaram benefícios do apoio técnico, na medida em que proporciona aprendizagens para os profissionais envolvidos, colaborando para melhor capacitação e fortalecimento da equipe de saúde.

[...] até o próprio apoio matricial muitas vezes ele se constitui né, ele traz esse ganho da educação permanente porque você aprende com o profissional que tá ao seu lado e da mesma forma o profissional que está do seu lado tem oportunidade de aprender. (Psicóloga 3)

Deste modo, afirmaram que este aprendizado acontece num contexto de troca, na qual ambas as equipes aprendem, e que este fator favorece a autonomia das equipes no manejo de casos de diferentes complexidades, de modo a fomentar o empoderamento diante dos desafios vivenciados no cotidiano dos serviços. Para efeitos de ilustração desta categoria são destacadas as seguintes falas:

(...) ajuda que eles consigam se sentir empoderados e capazes de acolher determinadas demandas. (Psicóloga 2)

Educação permanente, eu acho que pode ampliar o olhar assim. Desmistificar muitas coisas e trazer assim uma outra forma de você acolher esse paciente, eu acredito. É claro que sempre haverá aqueles profissionais que têm um pouco mais de afinidade, ou não, aqueles que são um pouco mais resistentes, mas eu acho que a informação, o conhecimento pode amadurecer, modificar condutas. (Psicóloga 3)

(...) Eu percebo que o trabalho do NASF é muito importante pra pensar na rede de saúde mental com caráter educativo mesmo das equipes, dos processos que chegam para as equipes, que não tem uma dimensão do que seja a RAPS, do que é um CAPS, do que é um ambulatório. (Psicóloga 4)

É válido ressaltar que esta autonomia e empoderamento da eSF é o objeto de atuação do NASF. Torna-se relevante que as equipes de referência possam conquistar no cotidiano profissional, a partir da ação técnico-pedagógica do NASF, posturas profissionais que contribuam para a configuração de novas práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde. Como já sinalizado, o apoiador matricial, ao oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes, potencializa novas aprendizagens. Sobre isso Campos e Dominiti (2007) afirmam

que o matriciamento pode “*contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso*” (p.401). Nesse sentido, Souza (2011) associa o apoio matricial à educação permanente, defendendo-o como uma nova abordagem dos processos pedagógico-assistenciais, em que a formação se mostra conectada com a realidade vivida no cotidiano laboral.

O caderno 27 GM/MS sinaliza que o NASF deve buscar ações de mudanças na ESF e, para isso, deve incluir nas suas atuações a educação permanente. A educação permanente constitui-se em proposta ético-política-pedagógica do MS que objetiva qualificar a atenção à saúde.

O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente. (BRASIL, 2010, p. 19)

Por fim, o apoio matricial foi descrito pelas participantes como uma atividade que também traz benefícios para os usuários do sistema de saúde. Nesta categoria - **melhoria do cuidado** - o suporte técnico foi visto como facilitador do vínculo do usuário com a equipe de saúde, o que possibilita bem-estar ao mesmo, melhoria de sua qualidade de vida, trazendo, portanto, avanços quanto à integralidade do cuidado e a possibilidade de ações mais resolutivas no âmbito da saúde. As falas abaixo constituem exemplos desta categoria.

(...) pensando juntos em estratégias, pensando juntos em tentar dar uma qualidade de vida pra esse paciente. (Psicóloga 1)

(...) eu acho que é uma proposta que traz muitos ganhos para o paciente em se tratando da integralidade, de cuidado e tudo mais. (Psicóloga 3)

Apoio matricial eu percebo como você discutir um caso e, assim, ocorrer a troca de saberes e aí pensar em relação àquela realidade, pensar quais as contribuições que a categoria como um todo pode estar refletindo e trazendo qualidade de vida para aquele usuário. (Assistente social 1)

O NASF, ao auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde do território, contribui para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. A Portaria 154 (BRASIL, 2008), em seu Art. 1º, define como um dos objetivos do NASF “*ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*”. Melhorar a resolutividade na ABS, é melhorar, por conseguinte, o cuidado em saúde. A percepção do usuário acerca da solução de seus problemas de saúde influi na sua satisfação e visão de resolutividade da assistência neste primeiro nível de atenção, reduzindo a associação entre sua satisfação e a obtenção de encaminhamento para atendimentos especializados (ROSA; PELIGRINI; LIMA, 2011).

A PNSM objetiva, assim como a PNAB, investir no cuidado em saúde com foco no território, mais especificamente nas famílias, e com valorização da cultura dos usuários. Sobre esse cuidado em saúde mental pelas eSF, o Caderno de Atenção Básica (2010, p. 34) afirma que:

As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

Potencializar esse cuidado é um dos objetivos da PNSM, que prevê, como citado acima, o cuidado em saúde mental com base territorial e não mais hospitalocêntrico.

Neste eixo temático acerca da concepção do matriciamento, percebe-se que as entrevistadas apresentaram uma percepção clara e abrangente da proposta do apoio matricial, uma vez que sinalizaram aspectos cruciais da prática em questão. Adicionalmente, também referiram benefícios esperados deste tipo de suporte técnico-pedagógico para as equipes e, conseqüentemente, para o sistema de saúde. Outras pesquisas, referentes à atividade de matriciamento por profissionais do CAPS, apontaram equipes técnicas que não apresentavam clareza em relação à atividade de suporte matricial, o que sinalizou incertezas e expectativas equivocadas, possivelmente relacionadas à forma como o matriciamento havia sido implantado (DIMENSTEIN *et al*, 2009).

Jorge (2014) afirma que o apoio matricial assume variadas formas e percepções, pois sua prática depende muito do contexto e das percepções dos técnicos. No presente estudo, a percepção dos profissionais revelou uma visão positiva e dinâmica do matriciamento enquanto construção de um novo modo de cuidado em saúde baseada na construção conjunta, ainda que tenha sido considerado em plano mais ideal do que real, já que em suas realidades de trabalho não enxergavam o processo da forma como concebido nos documentos correspondentes.

Entendemos que essa visão pertinente do matriciamento está relacionada à forma como os NASF foram implantados na área estudada, em que a efetivação de novas práticas tem exigido dos técnicos reorientação nas atividades profissionais anteriormente existente (modelo tradicional), com valorização da inclusão de ações interdisciplinares. Isto, pressupomos, tem influenciado o maior desenvolvimento dos referidos núcleos. Outro aspecto relevante a considerar é o tempo de vigência da proposta do NASF na área 5.1, que está em vigor há uma década, tempo razoável para favorecer seu aperfeiçoamento e fortalecimento. Ademais, neste período, foram criados documentos oficiais pelo MS com o intuito de ajudar no direcionamento das ações, além da Coleção Guia de Referência Rápida, elaborada pela SMS do Rio de Janeiro, que também constituem documentos técnicos relevantes para manejo dos cuidados. Deste modo, é possível concluir que o desafio de desenvolvimento e expansão do apoio matricial na AP 5.1 vem sendo alcançado, contribuindo para construções de novas práticas na ABS neste território, ainda que em passos lentos, conforme percepção das entrevistadas.

Assim, este cenário tem colaborado para a efetivação de ações dialógicas e de compartilhamento de saberes no contexto de suporte matricial às eSF no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico (JORGE, 2014). Tudo isso repercute no cuidado produzido mediante as interações entre as equipes de apoio e de referência.

#### **4.3 Práticas do apoio matricial na construção do cuidado em saúde mental na ABS**

Esse eixo temático visou descrever a estrutura e a dinâmica de funcionamento com que ocorre o apoio matricial da equipe NASF a profissionais da eSF, ressaltando as ações características deste processo. As finalidades principais consistiram em apontar as demandas de saúde mental que chegam ao NASF e entender quando e como elas são sinalizadas pelas equipes de referência, bem como conhecer os tipos de interações mantidas para a construção do cuidado neste campo.

Nesta direção, uma das categorias que emergiram foi relativa aos **motivos para o matriciamento**, a qual permitiu discorrer sobre as demandas de saúde mental que chegam aos especialistas do NASF e de que forma isso costuma se apresentar no contexto da ABS.

Brasil (2008), afirma que *“os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família”*. De acordo com o relato das entrevistadas, as principais demandas recebidas por elas eram relacionadas a violência sexual, transtornos mentais, uso abusivo de drogas, ideação suicida e violência autoprovocada.

[...] A gente vê os casos de violência autoprovocada, por exemplo, as pessoas ainda têm muita questão, como que eu vou dizer, de colocar as coisas para o lado religioso né. Então falta conhecimento pra você fazer uma abordagem com mais qualidade, e você conseguir identificar aquele sofrimento psíquico ali, que muitas das vezes por não ser visível as pessoas desqualificam, minimizam (Psicóloga 3)

[...] tem usuária nossa tem 36 anos, tem um histórico de várias tentativas de suicídio. e aí a gente fez um trabalho, inicialmente quando tinha a psicóloga, ela atendia e eu também. A gente revezava nisso junto com a equipe. (Assistente Social 1)

[...]ontem a gente atendeu uma adolescente que foi violentada pelo pai No dia que ela contou para a família e para a professora. (Psicóloga 2)

Além dos casos de usuários em sofrimento psíquico com diagnóstico de diferentes transtornos, as entrevistadas indicaram também ser acionadas pelas equipes em atendimentos relacionados a outros perfis de usuários, como crianças com dificuldades de aprendizagem. Fato este que evidencia as diferentes formas pelas quais o apoio matricial tem-se operacionalizado e estruturado na ABS.

Nessas unidades que a gente matricia casos de saúde mental né, mas também com relação às crianças, muita dificuldade de aprendizagem. (Psicóloga 1)

Em seus relatos, as entrevistadas sinalizaram que a procura pelo matriciamento nos casos de saúde mental aconteciam principalmente porque os profissionais das equipes de referência não se viam como capazes de manejar tecnicamente as situações apresentadas ou eles próprios tinham respostas emocionais comprometedoras da interação com o usuário. Sentiam, sobretudo, “medo” diante de usuários que mostravam conduta agressiva e

mostravam resistência ao diálogo e à possibilidade de criação de vínculos com o usuário com este padrão de comportamento. Deste modo, a eSF, na percepção das participantes, precisava ter o NASF próximo, na medida em que se observava limitações técnicas e emocionais para lidar com certos casos clínicos.

Quando a gente se depara com caso de saúde mental mais agressivo, eu noto medo dos profissionais de chegarem perto, de conversar de dialogar com esse paciente. É aquela maneira que ele tem de se expressar e eu ainda noto muito disso. E aí chama “vamos fazer uma VD?” (...) Precisam ter o NASF ali próximo deles. (Psicóloga 1)

A reforma psiquiátrica tem por base a conquista de um novo olhar e de uma nova forma de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico, assim como o projeto de um ‘novo lugar’ para as mesmas (AMARANTE, 2014). Na tentativa de superação de práticas em torno do ‘louco’, busca-se a construção de novos espaços de intervenção assistenciais, que apresentem um viés participativo de equipes de saúde, família e comunidade.

A ABS se apresenta como um espaço estratégico para este novo cuidar, pois não afasta a pessoa em sofrimento psíquico de seu espaço social e familiar. No entanto, não é suficiente construir propostas e espaços físicos para acolhimento destas pessoas. É necessário desconstruir a visão da ‘loucura’ impregnada na sociedade, que tem em sua história recente um ‘tratamento’ de isolamento social e afastamento do ‘louco’ da sociedade.

O Caderno 27 (BRASIL, 2010) refere que entre os pacientes atendidos pela atenção primária, grande proporção apresenta transtornos mentais. No entanto, a despeito da ampliação desse cuidado na ABS, observa-se dificuldades na abordagem a esses pacientes pela eSF:

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o apoio matricial em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. [...] no entanto, são referidas dificuldades pelos respectivos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

O comportamento dos profissionais, ao demonstrarem ‘medo’ e resistência ao diálogo, remete à uma concepção impregnada de preconceitos e não somente de escassez de habilidades técnicas. Assim, é necessário que as equipes sejam parceiras na construção de um ‘novo olhar’ e, por extensão, de um novo cuidado. Há necessidade de apoio e de integração para que haja articulação entre a saúde mental e a ABS, reconhecendo o apoio matricial como

uma estratégia relevante no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no contexto social em que estão inseridos. Também se torna relevante o fortalecimento de uma política de educação permanente para os técnicos das equipes, envolvendo aspectos psicossociais.

No relato das entrevistadas, percebeu-se que a demanda para apoio matricial usualmente é sinalizada logo quando o profissional que atua como apoiador ‘chega na unidade’, em geral sem um planejamento ou contato prévio. Assim, os profissionais do NASF afirmam que têm que estar de ‘prontidão’ e, dessa forma, não conseguem montar uma agenda para a realização do matriciamento.

Geralmente quando eu chego na unidade tem um caso. Às vezes o ACS, o enfermeiro, o profissional e aí eu tento na primeira hora do dia sentar com esse profissional. (Psicóloga 1)

Aqui na unidade que eu tenho mais equipes, é, eu percebo dificuldade de montar agendas. Agenda de interconsultas, agenda de... [...] É um exercício diário. As coisas acontecem muito na hora. Você tem que estar num eterno estado de prontidão. (Psicóloga 3)

Além das solicitações mediante contatos presenciais, houve profissionais que afirmaram receber as demandas para matriciamento via contatos telefônicos ou por mensagens virtuais, o que acontecia dentro ou fora do expediente de trabalho, exigindo deles permanente disponibilidade.

Às vezes acontece de estar em uma unidade e me solicitarem em outra, e aí faço por telefone, faço por *whatsapp*, as vezes preciso sair de uma unidade para estar em outra. É mais ou menos isso. Ainda mais quando são casos relacionados à questão de ideação suicida, né. (Psicóloga 1)

Essa necessidade de que o especialista em saúde mental atue no momento em que surgem as demandas remete a um privilegiamento do cuidado pela especialidade, a uma certa centralização do cuidado, sinaliza a crença de que os problemas relacionados ao sofrimento psíquico só podem ser enfrentados por psicólogos ou psiquiatras. Esta postura profissional, focada nos especialistas, remete a força do modelo tradicional, ainda hegemônico na conjuntura das práticas em saúde. A proposta do apoio matricial visa desconstruir esse olhar, uma vez que o acolhimento e cuidado às demandas apresentadas podem e devem ser uma responsabilidade de toda equipe. Nesse aspecto, a demanda de um caso, pode ser acolhida pela equipe de referência e compartilhada com os apoiadores.

Cabe aqui também um questionamento: até que ponto o profissional deve estar nesta permanente disponibilidade? Como trabalhador, devem ser respeitados seus direitos e

preservados também o seu espaço e conduta profissional. Ademais, ao ser chamado para atuar em outra unidade, aquela para a qual está destinado o seu horário na ocasião ficará descoberta de suas ações, com possível prejuízo da agenda já estabelecida. Por outro lado, este cenário remete-nos também à necessidade do NASF investir na educação permanente, para que os profissionais da ESF possam ser sensibilizados a lidarem com certas especificidades relacionadas, por exemplo, à questão de saúde mental.

O caderno 39 GM/MS (Brasil, 2014) sinaliza que ‘pactuações iniciais entre NASF e ESF’ e, deste modo, refere:

A definição das situações prioritárias, dos fluxos e das formas de efetuar o apoio, além de outros acordos necessários para o desenvolvimento do trabalho compartilhado, deve ser construída conjuntamente entre NASF e equipes de AB, fomentando o comprometimento de todos os envolvidos com as pactuações realizadas.

As pactuações são relevantes para equipes que têm como proposta trabalharem juntas. Quando as profissionais afirmam que as ‘*coisas acontecem*’ muito na hora, é perceptível a ausência de pactuações, ou de desrespeito às mesmas, no cotidiano do processo de trabalho das equipes. É necessário reflexão, discussão e planejamento entre as equipes, no sentido de melhorar o direcionamento e acolhimento dos fluxos, construindo uma ação integrada.

As demandas para apoio técnico surgem ainda a partir de discussões de caso e nas reuniões de equipes. Nesse sentido, as participantes afirmam a importância de uma visão ‘ampla’ das equipes acerca dos casos clínicos, que são vistos para além do ‘transtorno psíquico’. Ou seja, exercita-se o olhar da clínica ampliada, tão relevante no arranjo matricial.

É a partir dos casos que, por exemplo, elas identificam uma situação a nível de saúde mental, e aí elas trazem, por exemplo, saúde mental. Eu vejo nas colegas é no sentido mesmo amplo não de pensar aquele sujeito somente na percepção de um transtorno mental, ir para além disso. (Assistente social 1)

Os dados apontaram posturas profissionais diferenciadas entre as equipes de referência. Enquanto algumas equipes demonstravam um olhar ampliado no cuidado em saúde mental, outras apresentavam um olhar restrito a questões ‘clínicas’. Esta realidade mostra avanços, mas também remete ao fato de que o modelo fragmentado do cuidado em saúde ainda está por ser superado. Para isso, além de esforços constantes das equipes de

apoio, é necessária uma postura política que contribua para a construção da ABS como espaço de práticas do trabalho em saúde colaborativas e participativas.

Os ACS apareceram como categoria relevante para sinalização de casos que necessitam de apoio técnico, sendo inclusive mencionados como mais abertos ao trabalho conjunto do que outros profissionais da equipe mínima.

Acho muito mais fácil chegar perto deles e propor um trabalho, propor algo para os agentes do que para os profissionais de nível superior. Eles vêm, apoiam. Ano passado fizemos algo mais grandioso, eu e a assistente social, eles compareceram porque a gente acaba tendo um apoio muito grande do gerente. Os gerentes apoiam muito, tudo que nós fizemos os gerentes apoiam. (Psicóloga 1)

As entrevistadas, em seus discursos, sinalizaram o ‘local estratégico’ em que atuam, o que lhes permitem estar próximas quando as demandas de cuidado de saúde chegam. Atuar em UBS possibilita-lhes um acesso mais ágil e oportuno aos casos, diferentemente do trabalho em ambulatorios. Por exemplo, nos casos de violência os usuários muitas vezes necessitam ser sensibilizados para efetivarem o acompanhamento em saúde e torna-se necessária a busca de apoio da rede intersetorial.

Acho que é estratégico, porque a gente está no local onde a demanda chega, na hora que a demanda chega. Por exemplo, ontem a gente acolheu uma adolescente que foi violentada pelo pai. No dia, ela contou pra família e para professora, quer dizer pra diretora, a gente estava lá. Então é muito diferente de um ambulatório lá em outro bairro, distante, e se ela sumir não vai ter ninguém para ir atrás dela. Aqui não a gente pode orientar, explicar porque é importante ela fazer um tratamento. Porque ela pode achar que é besteira, ‘a não...não precisa, não sou louca’. Então aqui a gente pode orientar a família a buscar o conselho tutelar, a tirar ela da presença do agressor, preservá-la, explicar como é esse mecanismo, isso nesse caso específico, porque tem outros de outras complexidades, também que são tão difíceis quanto. (Psicóloga 2)

Eu acho que tem alguns casos que só podem ser ‘tratados’ na ABS. Hoje mesmo a gente fez uma VD de um senhor que tem psicose, não tem mais rede familiar e que não sai mais de casa. Então se não tivesse o ACS que tivesse batido lá por muito tempo... então esse aspecto, dos pacientes que só vão chegar na ABS, os pacientes sem condição de fazer essa mobilidade através dos serviços. (Psicóloga 4)

Deste modo, o fato de as UBS estarem inseridas no território, próximas dos usuários, favorece o cuidado em saúde e o acompanhamento e maior resolutividade dos casos clínicos. Sobre isso a PNAB (BRASIL, 2012, p. 09) afirma: “As Unidades Básicas de Saúde –

*instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade*”. Pode-se, portanto, afirmar que estar em lugar estratégico e próximo aos problemas de saúde territoriais é relevante para ampliação do cuidado em saúde mental.

No entanto, é necessário que haja uma rede de atendimento integrada e ampla, pois, conforme a OMS (2003), mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais e problemas comportamentais. São pessoas que necessitam de cuidados a longo prazo. Cuidados esses que demandam um olhar ampliado para a ‘doença’ e os seus desdobramentos na vida social dos pacientes. É relevante que estes sejam acolhidos em suas unidades de referência e que tenham acesso a uma rede integrada. Como pontua Dimenstein *et al* (2014, p. 66), “*a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica é uma prioridade no cenário atual*”.

A interação do NASF com a ESF na construção do apoio em saúde mental apresenta-se como um aspecto relevante no reordenamento do modelo em saúde. Em tal vertente a categoria **modos de interação equipes ESF-NASF no apoio matricial** surge a partir das falas das participantes com referência a mudanças gradativas nos modos de interação entre as equipes, com avanços já identificados. Desse modo, as ações apontadas como iniciativas tomadas para efetivação do apoio matricial foram discussões de caso, reuniões de equipe, consultas conjuntas com outros profissionais, visitas domiciliares, interconsultas, elaboração do PTS e atividades de educação permanente.

Em geral, as participantes apontaram múltiplas atividades como parte de seus esforços de matriciamento às eSF, isso ocorrendo inclusive por meios de mídias sociais, como atestam os relatos a seguir:

Discussão de casos, consulta conjunta, disponibilidade de *Whatsapp* para poder estar fazendo o matriciamento pelo *Whatsapp*. Compartilhar os casos, capacitação, educação permanente. A visita domiciliar, acho que é isso. São as ações que eu faço, que estão dentro da realidade. (Psicóloga 1)

Lá a gente fazia discussão de caso sempre que possível, porque nem sempre era possível, geralmente em reunião de equipe. [...] E as visitas, as interconsultas, as consultas individuais, as reuniões no território também pra poder se articular com a rede CRAS, CREAS, Conselho tutelar, casa da mulher etc. e ambulatório. [...] E a educação permanente, a participação nas reuniões de equipe. (Psicóloga 2)

As possibilidades de atuação conjunta entre as equipes, portanto, são várias, dentre elas a **discussão de casos em reuniões de equipe**. Sobre a reunião com finalidades de matriciamento, o Caderno 39 (Brasil, 2014, p. 51), ressalta: *“pauta-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem tais equipes e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar”*.

[...] a gente consegue hoje trabalhar bem esta questão da discussão de caso. [...] E quando a gente consegue sentar e discutir um caso, de uma certa forma eu estou dando subsídios para que aquele profissional possa conduzir um atendimento com aquele paciente. (Psicóloga 1)

Lá a gente fazia discussão de caso sempre que possível, porque nem sempre era possível, geralmente em reunião de equipe. Porque na reunião estavam todos presentes, de diferentes categorias de uma mesma equipe e aí a gente fazia também educação permanente com essas equipes. (Psicóloga 2)

A ação fundamental são as reuniões e discussão de caso. Porque assim eu atendo um paciente, ele revela um sigilo, eu guardo aquilo em um filtro pra saber o que eu vou falar com a equipe. A equipe também tem a questão do sigilo e nas reuniões a gente acaba trocando isso. A reunião de equipe hoje é a peça fundamental. [...] Mas se eu não puder estar naquela reunião de equipe específica eu posso estar em outro momento, contanto que eu consiga conversar. (Assistente social 4)

Nas falas das participantes percebe-se que as demandas são sinalizadas e discutidas entre as equipes principalmente nos momentos de reunião de equipes, quando se encontram em dias específicos para discussão dos casos, o que, em decorrência, funciona como um espaço de educação em serviço. As demandas motivam ações conjuntas e articulações com outros setores, trocas de experiências e aprendizados. As entrevistadas referem a isso como ‘oportunidade de aprender’.

Então a gente discute essa situação na reunião de equipe, que eu acho que é um lugar rico o processo de discussão. (Assistente Social 1)

Tudo em si é a partir da discussão do caso. Na verdade primeiro a equipe tem que se apropriar do caso. Ela é a porta de entrada, acolhe o caso. A enfermeira precisa atender, o médico precisa atender, o ACS conhecer o contexto de vida daquele usuário. A partir disso, se é uma situação e complexidade, que vai trazer para a reunião, quando a equipe qualifica o caso, faz as intervenções dela, se torna mais rico o processo de discussão. (Assistente social 1)

As **interconsultas**, inicialmente, representavam uma modalidade de interação difícil de ser implementada, mas vinham sendo conquistadas, passando a fazer parte do processo de trabalho das equipes.

Hoje a gente consegue também em um número mais expressivo a consulta conjunta. [...] Geralmente esse apoio matricial acontece através das consultas conjuntas quando eu consigo agendar, quando não através das discussões de caso também. (Psicóloga 1)

O que eu mais faço são interconsultas. (...) no começo era bem difícil isso né. Era uma coisa difícil para as equipes entenderem, queriam encaminhar os pacientes pra mim como se faz com o atendimento ambulatorial, mas acho que já tem um tempo que a gente tá conseguindo colocar a lógica da interconsulta. E as pessoas têm mais facilidade pra entender a importância disso. Então o que eu mais faço é interconsulta, agendadas e de demanda livre. (Psicóloga 3)

A VD, como é chamada a **visita domiciliar**, compõe outro instrumento relevante para a ESF, uma vez que visa dar cobertura de saúde às famílias nas comunidades e territórios adscritos.

Eu, como assistente social, a gente tem o perfil mais de visita domiciliar, que, às vezes, as outras categorias não têm tanto. A gente tem um número grande de visita domiciliar pra tentar entender o contexto. (Assistente social 3)

Visitas domiciliares com as equipes a gente faz bastante (Psicóloga 3).

Sobre esta prática, Cunha e Sá (2013) ressaltam:

As VDs permitem conhecer: as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado.

No entanto, as autoras afirmam que, a despeito de suas potencialidades, a atividade de VD enfrenta muitos desafios devido ao contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio.

A construção do **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) foi destacada por alguns entrevistados, o qual apareceu como um instrumento muito utilizado pelas equipes. O PTS pode ser definido como “...uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva da equipe multidisciplinar e leva em conta

*as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido” (BRASIL, 2007).*

[...] a gente faz o PTS, onde a gente coloca a função de cada um, os objetivos, as metas, as datas, a gente faz planilha de monitoramento. (Psicóloga 2)

Nesse sentido, o PTS foi considerado como um recurso que possibilita a troca e a construção entre as equipes, um instrumento para as pactuações e articulações do cuidado, possibilitando à reflexão.

[...] um instrumento que é muito importante, que é o PTS [...] Acho muito importante essa ferramenta do apoio matricial, nesse processo de trabalho, de você pensar em alternativas [...] É um recurso que a gente utiliza muito e ele é possível pra construção desse cuidado. É o momento que ESF e NASF senta pra poder refletir a partir de um PTS. E nós conseguimos fazer muitos PTS dessa maneira, com essa construção. (Assistente social 4)

PTS sim. Geralmente nas reuniões de caso a gente faz a discussão e faz o PTS. Hoje mesmo foi feito um PTS. Nós conversamos com a irmã de uma paciente que acompanha ela no CAPS e aí a enfermeira, ACS, assistente social e a irmã da paciente. Um caso grave, a paciente não pôde estar hoje. Mas o PTS a gente utiliza. Não tanto como deveríamos, mas utilizamos. (Psicóloga 1)

O que eu acho bem essencial para o trabalho é muito isso e a elaboração de PTS, que é a consequência quase que imediata assim. (Psicóloga 4)

Em vários discursos, o PTS é destacado como potencialidade e contribuição para o apoio matricial, sendo importante a inclusão do paciente ou familiar nesse processo de cuidado de modo participativo. Os profissionais, portanto, não podem assumir papel de ‘ditadores’, apenas transmitindo o que acha que o paciente deve fazer.

Como na pesquisa não foi planejado efetuar atividades de observações em campo, durante as entrevistas solicitamos que as participantes apresentassem casos vivenciados em suas rotinas de trabalho que ajudassem a apreender melhor a dinâmica de interação entre as equipes de apoio e de referência no processo de construção do cuidado em saúde mental. Dois destes casos compõem o Apêndice C no intuito de mostrar a realidade do apoio matricial no acompanhamento a usuários com demandas mais diretamente relacionadas à saúde mental na Área Programática em estudo.

É interessante notar que, mesmo quando as atividades desenvolvidas tinham uma finalidade assistencial mais direta com ações do profissional do NASF junto aos usuários, na maior parte em trabalho grupal, as entrevistadas destacaram realizar a atividade em conjunto com profissionais da eSF, o que contribuía para maior interação entre os diferentes saberes requeridos.

Tenho um grupo de mulheres né, com quadro depressivo e ansioso e eu faço esse grupo com uma médica da Estratégia. O que eu mais faço são grupos. Tem grupo que eu consigo fazer com o apoio da Estratégia. Na outra unidade eu faço esse mesmo grupo com uma agente comunitária que tá se formando em enfermagem e os grupos de criança. [...] E para esses grupos de crianças é que a gente tem mais dificuldade da participação das equipes e eu acabo fazendo sozinha com a fono. (Psicóloga 3)

Observou-se ainda apoio entre profissionais dentro da própria equipe do NASF, como referenciado por algumas das entrevistadas. No manejo dos casos ou grupos, as profissionais de apoio sentem a necessidade de buscar nos colegas do próprio NASF esclarecimentos e trocas que possam contribuir na condução dos casos. Este aspecto revela a valorização do saber do outro técnico, assim como a complementaridade do saber na condução dos casos na ABS pelo NASF. São posturas importantes na construção de um cuidado em saúde, pautado na interdisciplinaridade.

A gente não tem essa coisa setorizada, é só da fisioterapia, da fonoaudiologia, divisão assim por setor. Hoje, por exemplo, a fisioterapeuta, ela comentou comigo, precisamos discutir dois casos que eu atendi. (Assistente social 1)

De um modo geral, sobre a metodologia de apoio matricial, as participantes pontuaram, portanto, variadas práticas que, na percepção delas, efetivam o matriciamento e permitem a construção do cuidado em saúde mental a partir de ações dialógicas. Conforme Campos e Dominiti (2007, p. 401), a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em diferentes planos fundamentais, todos eles presentes nos relatos das entrevistadas:

(...) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; 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 seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Estas iniciativas são relevantes para uma ruptura com o modelo assistencial em saúde, no qual prevalece os distanciamentos entre as equipes. Deste modo, a reestruturação das ações deve ter como direcionamento o princípio da integralidade do cuidado, na condução de práticas compartilhadas. Sobre o cuidado compartilhado o Guia de Matriciamento (CHIAVERINI, 2011, p. 2000) afirma:

No matriciamento as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciamento traz seu conhecimento sobre saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza.”

Nesse mesmo sentido, Jorge *et al* (2014, p. 72) afirmam:

A efetivação do AM sugere uma mudança nas práticas de saúde dos profissionais, com a inclusão de práticas interdisciplinares e de compartilhamento de saberes, da educação permanente e do remodelamento das atividades antes fixadas e que agora devem se flexibilizar a um novo dispositivo de cuidado que visa contribuir com o serviço e não sobrecarregar os seus agentes.

Desse modo, todas as atividades de interconsulta pontuada pelas entrevistadas mostram-se relevantes para facilitar e potencializar a integração do cuidado em saúde mental na ABS, na medida em que consistem em atividades interprofissionais e interdisciplinares, nas quais os técnicos atuam juntos, de forma compartilhada, oportunizando os vários saberes técnicos. Melo Filho *et al*, (2010, p. 601) definem muito bem esta prática: “*uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta*”. Nesse processo, a capacitação e a educação permanente se mostram como

importantes ferramentas diante de dificuldades dos profissionais para lidarem com o sofrimento psíquico, como aponta Jorge *et al* (2014).

Em linhas gerais, o apoio matricial, por meio da realização destas práticas integrativas, funciona como facilitador na resolução das situações de saúde mental a partir do compartilhamento das equipes de referência e apoio. No entanto, algumas das entrevistadas destacaram a importância de que, no exercício do apoio matricial, haja de fato uma troca entre os profissionais envolvidos, de acordo com a lógica preconizada para estas ações:

Olha, já mudei muito de opinião sobre isso. Hoje em dia eu acho que uma das principais ações que são muito efetivas que nem sempre a gente consegue, efetivamente acompanhar junto um caso, não consegue marcar uma sequência de consultas conjuntas, que a gente ir escutando e apontando estratégias conjunta pra esse caso. Quando a gente consegue também discutir o caso de uma maneira própria que não seja só uma passagem de caso, e sim um questionamento em cima do caso que possa se debruçar sobre ele e poder assim vislumbrar pontos de vista que a equipe não tava ainda pensando e cogitando. O mais importante eu acho isso, o resto dá para complementar, faz parte do trabalho né. (Psicóloga 4)

[...] quando a equipe qualifica o caso, faz as intervenções dela, se torna mais rico o processo de discussão. Se ela não traz o caso qualificado, simplesmente a gente vai direcionar o que tem que buscar. E aí se torna mais uma dimensão pedagógica, de dizer falta fazer isso, isso e isso, do que traçar estratégias de cuidado. (Assistente social 1)

Além disso, no entender das entrevistadas, o matriciamento oferecido pelo NASF não é restrito ao setor saúde, mas pode acontecer em outros setores como educação e assistência, proporcionando a intersetorialidade. Este aspecto reforça uma visão ampla das participantes em relação ao alcance das ações do NASF. Sendo o trabalho do núcleo em território adscritos, suas ações podem abarcar unidades de outros setores da sociedade que compõe o território e, como tal, fazem parte do contexto de vida e saúde da população.

Nós agimos em rede, então os que são acompanhados no CAPS, no CAPSI, então esse monitoramento é conjunto. (Psicóloga 2)

Tem o grupo também de idosos né, que na verdade esse grupo é coordenado pelo pessoal do CRAS que utiliza o espaço da clínica da família e a gente participa mensalmente. (Psicóloga 3)

A gente tem bastantes possibilidades, assim, como eu já citei a rede em si eu vejo como potencialidade. Temos essa proximidade com a família é muito interessante. Às vezes, uma orientação que é dada na

rede secundária não surte tanto efeito naquele momento e a gente vai lá e conversa e vê que a família adere. (Assistente social 2)

Nessa direção a Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou o NASF afirma que os profissionais que integram o NASF devem também desenvolver ações “*com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras*”. A intersectorialidade é algo relevante e faz parte da construção do cuidado em saúde.

#### **4.4 Percepções do processo e dos resultados do apoio matricial: limitações e avanços**

##### **4.4.1 Desafios do apoio matricial na prática das participantes**

Os profissionais do NASF, como afirmaram as entrevistadas, encontram limites e enfrentam desafios no cotidiano profissional. Elas referiram necessidade de melhoria na interação entre as equipes para superação destes desafios.

Em termos relacionais, surge a categoria **ênfase na especialidade**, que resulta em encaminhamentos dos casos que envolvem demandas de saúde mental para especialistas na área (psicólogos e psiquiatras), com evidências de baixa disponibilidade de alguns dos profissionais da eSF para a implicação direta no atendimento a estes casos, incluindo evitar de consultas conjuntas e resistência à capacitação profissional para o manejo de aspectos psicossociais presentes nos atendimentos.

Isso foi um desafio muito grande de você ter disponibilidade de profissionais da estratégia nas consultas conjuntas. Porque ainda tem aquele olhar de que a saúde mental é do psicólogo e do psiquiatra, mas acho que a gente tá conseguindo derrubar um pouquinho isso. (Psicóloga 1)

Tem profissionais que percebem o NASF como ambulatório. (...) Já melhorou bastante, mas ainda assim em alguns momentos conseguem olhar o NASF como ambulatório. Para determinados casos, alguns encaminhamentos. Eu ainda recebo encaminhamento de papel. E por mais que eu diga não, não vou ficar com esses encaminhamentos. ‘Ah [nome da participante], mas não te encontro todo dia. Eu preciso falar, e essa forma que eu encontro pra não esquecer do caso’. Então ainda recebo de papel e ainda tem essa dificuldade. (Psicóloga 2)

O fato de evitar o contato direto com os aspectos psicossociais dos usuários esteve atrelada, portanto, a ênfase na especialidade (visão de especialista), o que, na percepção das entrevistadas, levava os profissionais, sobretudo aqueles de nível superior, a fazerem uma

divisão rígida de tarefas e posturas. Deste modo, centralizam nos especialistas a responsabilidade em dar respostas as situações de saúde mental.

Para eles, assim, perceberem que a escuta pode ser feita por qualquer profissional. Ainda tem muito aquele endereçamento mesmo para o profissional de saúde mental. Ainda sinto um pouco de... acho que se esquivam. Tem alguns profissionais. Posso falar da clínica daqui, algumas enfermeiras que tem um olhar... Vieram de Caps, de outros locais e aí fica mais fácil de construir juntos. Mas para aqueles que não têm essa experiência, ainda é árduo o trabalho, até quando a gente propõe fazer uma capacitação. Porque agora a gente tem que trabalhar a questão de violência e eu noto uma certa resistência. Ele vem, mas eu acho ainda mais fácil chegar próximo dos agentes comunitários aqui nesse território que eu estou. (Psicóloga 1)

E essa questão também, principalmente dos que chegam, se bem que tem profissionais bem experientes também que tem essa dificuldade dessa leitura do matriciamento, talvez por estar bem enraizada a coisa do encaminhamento, do ambulatório. Mas os profissionais novos você apresenta como profissional e apresenta o trabalho, explica a natureza do trabalho que também é uma novidade pra gente. É um exercício diário. (Psicóloga 3)

Foi observado um receio dos profissionais de lidarem com situações que podem gerar imprevistos e exigir-lhes habilidades outras além daquelas para as quais foram tecnicamente preparados em suas formações acadêmicas.

Quando a gente se depara com caso de saúde mental mais agressivo, eu noto medo dos profissionais de chegarem perto, de conversar de dialogar com esse paciente. (...) Então ainda tem essa barreira. (Psicóloga 1)

Em relação à resistência e centralidade do cuidado em saúde mental por algumas das equipes de referência, é válido sinalizar que é parte essencial do papel do NASF buscar, no seu processo de trabalho, desconstruir tais posturas, no sentido de construir com estes profissionais uma nova lógica e produzir uma nova prática, pautada na integralidade do cuidado. Este é um desafio a ser enfrentado e não apenas constatado pelas equipes de apoio, pois está no cerne de sua existência buscar estas mudanças.

Jorge *et al* (2014, p.70), em pesquisa sobre os desafios e possibilidades do apoio matricial na ABS, relatam que “*com efeito, foi possível observar, no campo empírico, alguns profissionais da ESF resistentes ao atendimento de casos e demandas de saúde mental*”. O estudo sinalizou que tais resistências, na maioria das vezes, estavam associadas à insegurança

dos profissionais da ABS em lidarem com questões relacionadas a transtornos mentais. Outros fatores identificados para tais resistências foram exigências de produtividade em programas do MS, assim como o próprio preconceito com a saúde mental.

Outra questão a ser considerada diz respeito aos próprios ‘limites’ de atuação na ABS em relação aos casos de saúde mental, quando há a necessidade de compartilhamento do cuidado. Desse modo, o comportamento dos profissionais pode ser associado a uma limitação em nível macro, estando relacionada à própria política de ABS, considerando os dispositivos na RAPS e a própria especificidade da saúde mental.

Sobre a discussão de casos, Costa *et al* (2015, p. 497) fazem referência à postura de alguns técnicos da ABS que acham que os apoiadores têm a responsabilidade de ‘selecionar previamente os casos e preparar conteúdos para discussão’. Esta postura não está de acordo com a ‘troca de saberes’ proposta pelo apoio matricial, revelando-se como um olhar restrito à prática educacional que vê o apoiador como transmissor de conhecimentos.

Campos e Cunha (2011) ressaltam que a discussão de caso é uma prática que exige investimento de tempo e, no sistema de saúde, há predominância da dimensão quantitativa, ou seja, o relevante é a quantidade de número de consultas e procedimentos realizados, o que pode ser um entrave para o seu desenvolvimento. Neste caso estamos nos referindo ao ‘produtivismo’ na atenção à saúde, pois o profissional de saúde é um trabalhador e, como tal, está inserido na lógica de exploração e acumulação do sistema capitalista.

Torna-se necessário avançar na conquista de um pensar que não se restrinja a uma única dimensão do sujeito, seja ela biológica ou psicológica. Com a construção compartilhada, todos os profissionais tendem a ganhar com a troca de saberes e os usuários ganham com a diversidade de olhares para o seu caso.

Na presente pesquisa, apesar dos desafios sinalizados pelas participantes, observamos certo avanço na compreensão e nas práticas do apoio matricial. Em pesquisa realizada há uma década atrás com profissionais da ABS, na cidade de Natal-RN, Dimenstein *et al*, (2009, p. 68) verificaram que a prática do apoio matricial na UBS mostrava-se “*muito compartimentalizada, com intervenções fragmentadas por especialidades*”. Naquele contexto, Bezerra e Dimenstein (2008) afirmaram que a transformação da atenção depende da mudança de visão dos profissionais. É necessário que se percebam - equipe de referência e equipe de apoio - como agentes de ‘transformação’, com potencialidades de contribuição para o reordenamento do contexto atual da saúde pública. Neste ínterim, o desejo e a qualificação

devem se complementar, para que o cuidado ampliado em saúde se efetive e o apoio matricial possa ser, de fato, um forte aliado para a prática desse objetivo.

Em resumo, nesta categoria, as participantes afirmaram um olhar atravessado pela especialidade no qual a saúde mental é vista como restrita ao psicólogo e ao psiquiatra, denotando uma centralidade do trabalho em saúde mental, muito forte no histórico desta linha de cuidado. Referem que esta visão traz resistência à ação conjunta, como se eles não tivessem conhecimentos para a troca de saberes e, assim, para contribuir com a construção daquele cuidado. Pensamento que não caminha com a lógica do apoio matricial, um modelo que preconiza a integração e construção colaborativa.

Este olhar com foco na especialidade tende a situar o NASF como ambulatório, eleger o médico como detentor do saber e gerar resistência em relação à ‘capacitação’ alheia ao saber técnico de cada área. Tais posturas estão amparadas na visão de um modelo ‘biologizante’ e fragmentado, e com o apoio matricial busca-se justamente reverter este modelo. Assim, o apoio matricial é a ferramenta para construção e organização dos serviços de saúde, nos quais a prerrogativa é o compartilhamento de conhecimentos e que contribua para o alcance da integralidade.

Tesser (2017) ressalta a relevância da interdisciplinaridade para a efetividade do matriciamento, de modo que não haja redução em sua proposta. Um dos aspectos considerados relevantes para evitar a redução de sua ação é o fortalecimento das equipes de referência por meio de reconstruções das instituições de saúde, conforme aponta Campos (1999). Deste modo, é relevante que os próprios apoiadores não assumam uma postura unicamente de especialistas, dedicando-se somente à prática de cuidados aos usuários, com reprodução da lógica ambulatorial na ABS.

Campos e Dominiti (2007) referem uma lógica fragmentada do cuidado em saúde e da própria estrutura que dificulta a efetividade do apoio matricial. Afirmam que esta dificuldade está presente em todo o sistema de saúde. Por outro lado, Campos (1999) refere o apoio matricial como dispositivo potente para alterar a lógica de cuidado individualista, pois possibilita o diálogo. No entanto, mesmo com sua potencialidade e proposta resolutiva, o apoio matricial tem encontrado desafios para sua efetividade.

A integralidade é referida no Caderno 27 (BRASIL, 2009, p. 17) como um princípio e direcionamento importante para superação deste modelo anteriormente vigente:

Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de

saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. [...] Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas. A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos Nasf deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

É válido ressaltar que durante muitos anos as ações em saúde mental estiveram em mãos de especialistas, o que favorece resistências ao processo de reordenamento das ações, que implica mudanças complexas e, portanto, difíceis “*no funcionamento e na organização dos serviços de saúde, de modo que procura deslocar o poder dos especialistas, por intermédio da criação de um espaço de comunicação ativa, com o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Atenção Básica e apoiadores*” (BRASIL, 2015, p. 133).

Assim, a interdisciplinaridade é preconizada pelo reordenamento do cuidado em saúde. É uma direção que ganha força e busca superar a fragmentação do conhecimento. Distancia-se da dicotomização em relação à saúde (física versus mental), entendendo que há necessidade de uma interlocução para a construção de um cuidado colaborativo. Sobre esta interlocução, Dimenstein *et al* (2005, p.26) afirma:

É estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do ‘PSF’ mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado de intervenção.

Nesse sentido, embora aponte limitações e resistências do cuidado em saúde mental, a Psicóloga 2 refere um ‘exercício diário’, ou seja, um empenho do NASF na desconstrução deste cenário.

A gente se divide para poder uma vez no mês estar nas reuniões. Não precisa ir todos ao mesmo tempo, pode cada mês ir um profissional. Os casos que chegam são da equipe, não são do psicólogo, do fonoaudiólogo. Responsabilidade de todos, não que todos vão atender, porque cada um tem a sua especificidade. Mas acolher e direcionar, informar os colegas do caso, isso é obrigação de todo mundo. [...] os grupos ajudam bastante também até ter um controle maior desses usuários, a ter vínculo, orientá-los e orientar os integrantes das equipes

porque eles participam do grupo também. A gente aprende muito com eles e eles com a gente. (Psicóloga 2)

A **dificuldade do NASF em situar seu papel** constitui outra categoria neste eixo temático. As entrevistadas relatam que o NASF ainda não mostrou, com clareza, qual é “*a sua função, o seu papel*”. Na perspectiva das participantes alcançar essa conquista é um trabalho de ‘formiguinha’, algo que não se conseguiu ainda atingir, embora se caminhe, lentamente, nesta direção, “passo a passo”. É algo em processo de consolidação.

Eu acho que ainda tem a dificuldade de nós, da saúde mental, da gente ter uma aproximação mais efetiva. Muita coisa melhorou, mas ainda tem dificuldade. (...) mas eu ainda vejo o NASF ainda caminhando, acho que ainda não conseguiu passar o seu papel. Acabam que algumas informações ficam muito truncadas. (...) sabe eu acho que é um trabalho meio que de formiguinha nosso. De conscientização né, de explicar, de passar para esses profissionais que não é ambulatório, que a gente tá ali junto construindo, é um trabalho mesmo que está caminhando. Eu acho que a gente não conseguiu alcançar o nosso local mesmo. Qual é a nossa função acho que a gente não conseguiu passar isso com muita clareza. Acho que ainda tem muita coisa obscura aí. (Psicóloga 1)

As participantes reconheceram as dificuldades do próprio NASF para trabalhar em prol de uma mudança de postura, com estímulos e intervenções direcionadas a desconstrução da visão de especialidades rígidas, bem como a valorização do trabalho conjunto. Ao contrário, elas próprias se sentiam, muitas vezes, desmotivadas e direcionavam suas ações para os profissionais que lhes pareciam mais abertos a experiência do fazer partilhado. Nesses vislumbram a possibilidade de uma sensibilização, como mostra a fala seguinte.

Um pouco que a gente acaba vendo é que você acaba trabalhando mais com uns do que com outros, a verdade é essa. Então poucas vezes faz um trabalho com aqueles que são resistentes e você não vê um resultado muito positivo. Não vê engajamento e envolvimento muito grande, e isso faz com que a gente acabe desanimando um pouco em algumas situações, mas não deixa de ser um desafio, porque isso move, é no sentido de que tem que sensibilizar o ‘cara’ primeiro. (Psicóloga 3)

O que, na percepção das entrevistadas, aparece como ‘resistência’ pode estar relacionado a conhecimentos insuficientes da proposta de matriciamento pelos profissionais das equipes de referência, posto que essa nova prática em saúde é um processo recente e em franca construção, que necessita ainda de maiores investimentos e incentivos para sua plena

implementação. No entanto, Dimenstein *et al* (2009, p. 70), em seu estudo sobre apoio matricial pelo CAPS UBS, afirma que “apesar de não estar totalmente clara a proposta do apoio matricial, os técnicos da Estratégia de Saúde da Família avaliaram-na como positiva pelo fato de promover a aproximação da atenção básica com a especializada”.

Outra categoria de dificuldades encontradas foram os **obstáculos organizacionais**. As participantes mencionaram vários entraves que inviabilizam encontros para atividades sistemáticas de apoio ou capacitação. Estas dificuldades mostraram-se relacionadas sobretudo, a alta demanda de casos de saúde mental aliada ao esquema de trabalho das equipes, como carga horária pequena, excesso de demanda e horários rígidos. Somam-se a isto carga horária dividida entre até três unidades, quantidade alta de equipes para matricular, alta rotatividade de profissionais devido ao esquema de contratação da organização social, principalmente médicos, e a sobrecarga de atividades assistenciais que deixavam em segundo plano as oportunidades de investimento em capacitação profissional, embora se reconhecesse a necessidade de espaços desta natureza. Dantas e Passos, em um estudo sobre apoio matricial em Belo Horizonte, sinalizam esta questão quando afirmam que:

A rotatividade dos profissionais, em particular dos médicos, também foi abordada como desafio, pois deixava as equipes incompletas, gerava sobrecarga de trabalho; e quando entravam novos profissionais, era necessário reiniciar todo o trabalho, desde a sensibilização até à adesão efetiva deles. (2018, p.216)

O excesso de demanda foi apontado como um dos principais dificultadores da interação entre os membros das equipes. Nesse sentido, afirmaram que as equipes eram ‘engolidas pelo número de atendimentos’, incluindo todas as demandas da ABS.

As falas a seguir revelam diferentes tipos de dificuldades encontradas pelas participantes em suas tentativas de operacionalização do apoio matricial.

Limites, acho que, no meu ponto de vista, o que dificulta muito é o número de equipes que eu tenho para matricular, eu acho que no início quando eu entrei no NASF eram só duas unidades de saúde, eram oito equipes. E era muito mais fácil, apesar de que não tinha experiência, porque eu tinha acabado de entrar no NASF, mas era mais fácil de estar construindo um trabalho junto. Acabava ficando mais vezes, mais dias naquela unidade. E hoje, hoje não porque já tem um ano que entrou a outra unidade ficou mais difícil porque são quinze equipes e um dia na semana. (Psicóloga 1)

[...] é uma dificuldade montar agenda. Agenda de interconsulta, agenda de...porque a rotatividade é muito grande e eu acho que isso atrapalha muito, quando consegue estabelecer uma agenda com a

equipe, [...] aí o médico sai e aquela agenda vai para o brejo. Quando chega outro, você modifica tudo de novo. Então, assim, é uma certa dificuldade ainda. Só com os profissionais mais antigos que eu consigo, são pouquíssimos né. Acho que essa é a maior dificuldade. [...] Mas é isso, acho que a agenda é a dificuldade maior. [...] Na outra unidade que tem menos equipes consigo fazer um trabalho mais tranquilo. As poucas ações de educação permanente que pude fazer, foi um número maior lá do que aqui. (Psicóloga 3)

Hoje o que eu tenho dificuldade é de estar nas reuniões de equipe. Por conta da demanda e por estar uma vez por semana na unidade. Às vezes a equipe faz reunião dias que eu não estou na unidade. (Psicóloga 1)

Essa organização que é complicada. Porque é uma vez na semana e fica complicado. (Psicóloga 3)

[...] o que eu consigo fazer menos atualmente são as atividades de educação permanente para as equipes, eu não tenho conseguido fazer por conta dos horários das equipes, por conta da dificuldade de você tirar o médico e um enfermeiro do atendimento. Então é uma questão que a gente precisa melhorar, porque os temas não faltam né. A necessidade é grande, muitas vezes e muitas áreas, mas a gente não consegue fazer isso. A gente faz até educação em saúde [...] mas para as equipes ainda está bem aquém da necessidade. A gente acaba sendo engolido pelas demandas. Acaba atendendo, atendendo, atendendo e esse tipo de demanda que é importantíssimo a gente não consegue. (Psicóloga 3)

Este cenário descrito no relato das participantes mostra uma relação de pouco tempo na unidade, muitas equipes para matricular e grande demanda de pacientes de saúde mental. Outras pesquisas sobre o matriciamento pelo NASF também têm apontado vários obstáculos para a realização do processo de trabalho. Bezerra (2013), por exemplo, aponta como entraves o quantitativo de famílias vinculadas, que se traduz na sobrecarga da demanda, assim como a dificuldade de encaminhamentos para as especialidades, problema central na ABS, quando a estruturação dos serviços dificultam os acompanhamentos no nível secundário, ambulatórios e CAPS, considerando ser necessário para caso mais graves o compartilhamento do cuidado com outros níveis de atenção, o que exige uma rede integrada.

Ao se referirem aos obstáculos no trabalho dialógico, Campos e Dominitti (2007) colocam como obstáculos estruturais o excesso de demanda, sinalizando que mais tempo nas unidades e menos equipes seriam facilitadores da construção do cuidado em saúde mental. Tal estudo confirma o que nos revela a pesquisa em tela, mais de 10 anos depois. Constatamos que o *modus operandi* da ABS, mais especificamente da ESF, continua enfrentando desafios

que não se modificam, mesmo sendo apontados como entraves para avanços em conquistas já defendidas na Reforma Psiquiátrica. Torna-se urgente incentivos pelos gestores para que os avanços e fortalecimento na integração da saúde mental e ABS sejam mantidos.

Para garantia dos princípios e diretrizes da atenção básica, é necessário atentar para as determinações da PNAB, como as atribuições de cada profissional, o número de equipes que devem se responsabilizar e planejar o cuidado, assim como a carga horária de cada categoria. Esses desafios interferem no planejamento das equipes, na qualidade dos serviços de saúde oferecido, no cotidiano profissional da UBS e na saúde dos profissionais.

O excesso de demandas às equipes está relacionado à insuficiência de investimentos, sobretudo em recursos humanos, e a precarização das relações de trabalho na atualidade. Um estudo realizado na grande São Paulo com o objetivo de avaliar a qualidade do acesso na APS, na percepção dos usuários, apontou que um dos problemas crônicos do SUS está ligado à inadequada política de pessoal em geral (entendida como ausência de uma política única) e a falta de profissionais médicos em particular (CAMPOS *et al*, 2014, p.260). Há consenso quanto a importância da ABS na obtenção de melhoria das condições de saúde, no entanto é preciso investir na potencialidade do sistema, visando o fortalecimento da rede de serviços.

Em relação à política de pessoal, Campos (2017, p. 05) refere que há uma multiplicidade de políticas e de modos para a gestão de pessoal no SUS. Afirma que, por vários motivos, “*não há registro de projeto sistêmico sugerido por alguma agência oficial para equacionar a balbúrdia em que se transformaram as relações trabalhistas no SUS*”.

Os desafios estruturais, acima mencionados, criam outros empecilhos como a **dificuldade de completar o acompanhamento aos casos**, pois muitas vezes o atendimento fica sem desfecho ou sem os encaminhamentos pertinentes, o que gera frustração ou angústia. Nesse sentido, emergiu a categoria **dificuldades para desfecho dos casos**, que pode ser ilustrada pelas falas a seguir:

Porque os casos de saúde mental são casos que não acabam, pelo contrário cada dia surge mais. Então fica difícil de você ver junto com as equipes. Fazer discussão, mas discussão de início, meio e fim. As vezes a gente inicia um processo, inicia um atendimento, acompanhamento e a gente não consegue esgotar isso. As vezes não consegue encaminhar para o ambulatório. Não consegue encaminhar para um CAPS, e tem os entraves. Faz discussão de caso com outros equipamentos, a gente começa, inicia o caso, faz escuta, faz matriciamento da equipe. A equipe tá levando, a gente observa que precisa dar continuidade em outro serviço e aí aquele paciente fica na clínica. Eu tento fazer um atendimento uma vez a cada quinze dias para tentar dar um suporte e não faço, não consigo. Acho que isso é

um entrave. Inicia um processo, mas você não consegue terminar esse processo. Às vezes o paciente se perde nesse caminho. Você encaminha, ele não chega, ele não vai, ou a gente não consegue encaminhar, fica alguma coisa solta, e isso eu acho complicado. Não sei se diminuindo a equipe se teríamos êxito, mas isso às vezes eu fico um pouco angustiada. Porque você inicia e não consegue finalizar. E aquele cuidado que você queria junto com a equipe estar dando continuidade, a gente não consegue dar. Às vezes cria uma certa angústia por causa disso. Porque a gente tenta trabalhar da melhor maneira, mas fica aquela angústia. (Psicóloga 1)

A gente precisa de retaguarda e a gente não tem retaguarda (*da RAPS*), a gente discute todo o processo e não consegue ver os desdobramentos. E ter grupo por ter não justifica. A gente precisa de retaguarda. Isso é um obstáculo. Não seria tanto do apoio matricial, porque a lógica do apoio é essa lógica da troca de saberes, mas você ver a continuidade, dos desdobramentos em relação ao caso. (Assistente social 1)

Como atestam estas falas, diversos fatores vivenciados no espaço profissional dificultam aos apoiadores participarem de reuniões, estarem com todas as equipes e, assim, procederem as discussões e orientações pertinentes. Desse modo, não conseguem dar continuidade aos atendimentos e, como resultado, ficam impossibilitados de alcançar todos os objetivos traçados e concluir o acompanhamento. Neste processo, o “*paciente se perde no caminho*” e os encaminhamentos necessários não se completam. Conforme o relato da Psicóloga 1, esse conjunto de fatores gera um sentimento de “angústia” no profissional.

Com relação ao acompanhamento contínuo, pode-se mencionar a diretriz da longitudinalidade, que nada mais é do que a continuidade do cuidado a determinado usuário ao longo do tempo pelas equipes de saúde. Este aspecto é apresentado por Starfield (2002) como um dos atributos da APS e tem sido considerado um norteador de avaliação positiva na ESF. Pode-se também apreender, nos discursos das entrevistadas, a relevância do cuidado compartilhado e do vínculo com o paciente. Como afirma o Caderno 34 (BRASIL, 2013: p.19), na ABS “*as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com comunidade/território.*” Nesse sentido, Matos *et al* (2018, p.57) afirmam que:

(...) as ações no campo da saúde mental devem ser implementadas e feitas a partir da ideia de que os próprios princípios da saúde da família já garantiriam certa atuação no campo da saúde mental, como, por exemplo, o primeiro contato, o trabalho com famílias, o trabalho com a comunidade, a longitudinalidade dos casos. Nesse sentido se os princípios da saúde da família fossem trabalhados de forma integral,

as dificuldades na implementação do apoio matricial seriam minimizadas.

As entrevistadas relataram, ainda, dificuldades para encaminhar os casos para outros serviços da rede, como ambulatório e CAPS. Nesse ponto, a demora nos processos correspondentes aparece em grande parte como decorrente da falta de apoio da rede e de atravessamentos políticos.

A falta de apoio da rede, não porque os profissionais da rede não queiram, porque muitos querem, mas muitos estão sobrecarregados. [...] É um CRAS só para atender não sei quantos bairros com complexidade de ordens diferentes, com ordens emergenciais, que eles têm que abandonar tudo para cumprir aquela ordem judicial. Os casos de acumuladores, por exemplo, deveriam ter uma equipe própria só pra isso. E a comlurb<sup>6</sup> deveria estar mais próxima dessa equipe. [...] é muito difícil acompanhar. Acho que é o momento que a gente tá tendo um desinvestimento das políticas de saúde. E isso tá afetando a qualidade do nosso trabalho. Acho que é mais questão política. (Psicóloga 2)

Também a questão do limite é que são muitos usuários para o CAPS, nem sempre a gente consegue, pelo número de casos, acolher todo mundo né. O ambulatório quando encaminha pode aguardar um pouco né. [...] Os casos menos graves acabam sendo absorvidos aqui, tem as questões que são de ambulatório e tem os do Caps. Mas o número de casos de saúde mental é grande. [...] por exemplo ele é absorvido aqui, ele não deixa de ser acolhido, mas tem que esperar um mês, dois meses, pra essa consulta com o psiquiatra no ambulatório, pra essa urgência, isso que estou falando. Porque a gente não consegue de imediato dar uma resposta para aquela família. Claro que em casos graves vai se pedir ambulância, vai para uma emergência. Até começar o acompanhamento aquela medicação começar a fazer efeito, isso é um processo que demora né. (Assistente social 3)

Sobre a dificuldade dos acompanhamentos no nível secundário, Matos *et al.* (2008) apontam limitações no apoio dos serviços especializados, sobretudo do CAPS, que deveriam funcionar como articuladores da RAPS, oferecendo suporte pedagógico e prático à ABS, o que se mostra bastante fragilizado. Para estes autores, a articulação entre serviços da RAPS, sobretudo no que envolve as eSF, tem como objetivo promover a integralidade entre os serviços especializados e a ABS, melhorando a resolubilidade dos casos e reduzindo os encaminhamentos desnecessários. Para tanto, é preciso uma rede de saúde integrada, contribuindo para a integralidade do cuidado e acesso dos usuários aos direitos de saúde no território no qual estão inseridos.

---

<sup>6</sup> Companhia municipal de limpeza urbana.

Observa-se, deste modo, que a proposta inovadora do NASF enfrenta obstáculos no seu processo de trabalho, seja na utilização da ferramenta de apoio matricial na ABS ou nos desdobramentos dos casos. Os discursos referem limites na RAPS, como a não continuidade dos acompanhamentos de saúde mental e a espera dos familiares pelo acesso ao cuidado e aos desdobramentos. Tudo isso caminha na contramão dos objetivos gerais da RAPS, como afirmado no artigo 3º: *“Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.”*

A reforma psiquiátrica preconiza que a abordagem de pessoas com sofrimentos psíquicos ocorra com a menor intervenção possível, valorizando a atenção de base comunitária e não hospitalocêntrica. Deste modo, a ABS é o dispositivo com base territorial que busca oferecer o acolhimento e a continuidade do cuidado, sendo o Saúde da Família a estratégia prioritária. É relevante que os dispositivos da ABS estejam integrados às redes de cuidado em saúde mental.

Por fim, no cenário das limitações postas ao apoio matricial, foram apontadas **dificuldades na lida com as famílias**, descritas pelas entrevistadas como pouco colaborativas, o que foi associado a preconceitos e desinvestimentos do próprio núcleo familiar para com o usuário. Acrescentam que a família cria expectativas ou mesmo exigências pela internação do familiar. Esta questão ficou clara principalmente no relato da Assistente social 3, a qual afirmou que as famílias de pacientes com sofrimento psíquico muitas vezes não sabem lidar com a situação de saúde mental no contexto familiar e nem territorial. Em suas palavras:

A gente ainda recebe muitas famílias que não conseguem lidar, não querem lidar com aquilo ali e pedem a internação né. [...] E aquela família tá naquela urgência, quer dar um jeito naquilo imediato e quer colocar aquele problema em algum lugar. [...] Eu acho que a família ainda é um limite, até porque se a saúde mental tá ali não é só a saúde mental, tem várias questões. [...] Acho que é todo estigma que tem a questão de saúde mental ainda. Porque as famílias ainda têm muito a questão de deu problema, tá dando problema querer internar. A gente ainda recebe muitas famílias que não conseguem lidar, não querem lidar com aquilo ali e pedem a internação né. (Assistente social 3)

Tal postura das famílias está relacionada à cultura da exclusão, da segregação, ainda presente em nossa sociedade, na qual reina o desejo de afastamento do ‘louco’ do contexto

social em que vive. Assim como o anseio da ‘resolubilidade’ por meio do ‘modelo biomédico’, que prioriza a medicação, a doença.

No entanto, devemos pontuar que se há dificuldades dos profissionais na condução dos casos na RAPS, como aponta o estudo, esta questão não deve ser diferente para os familiares. Deste modo, ponderamos que a postura dos agentes no NASF deve ser de incentivo e apoio às famílias, manejando aspectos que porventura venham a dificultar a participação das mesmas nos processos de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Entendemos que a família não deve ser culpabilizada, sendo responsabilidade das equipes considerar prováveis vulnerabilidades sociais e atuar junto aos familiares no sentido de rever construções inadequadas e suplantando dificuldades que estes tenham em relação ao contexto da ‘doença mental’.

#### **4.4.2 Aspectos que podem favorecer o apoio matricial**

Para além da defesa teórica e legal do apoio matricial, elementos presentes nas entrevistas mostraram que alguns aspectos no processo de trabalho são necessários, pois podem favorecer a prática do apoio técnico e a construção do cuidado, embora nem sempre sejam uma realidade no contexto vigente. Diante disto, foi construída a categoria **aspectos capazes de favorecer o apoio matricial**.

Em um primeiro momento, as entrevistadas sinalizaram os prováveis benefícios da oferta de capacitações aos matriciadores de saúde mental e aos demais profissionais do NASF. Nesse âmbito, defenderam a necessidade de disponibilização de mais cursos de atualização e capacitação profissional para a equipe NASF, sem que os profissionais precisem buscar por conta própria. A atualização técnica dos profissionais surgiu nos discursos como um aspecto capaz de favorecer o apoio. Jorge *et al* (2014), de modo semelhante, afirmam que um argumento comumente aludido pelos profissionais de saúde é a carência de aperfeiçoamento na área da saúde mental.

Acho que atualização dos profissionais que compõem a saúde mental, isso em uma instância maior. E também dos demais profissionais, isso seria primordial. Porque acaba que os profissionais de saúde mental têm que buscar fora. Claro que como profissionais precisamos buscar fora, como profissionais precisamos estar em constante reciclagem, aprendizagem. Mas acho que se isso viesse de dentro ajudaria e contribuiria muito. A gente até tem capacitações, mas acho que precisaria ter algo mais intensivo, até pra gente estar passando. Digo de forma geral para o NASF, geral. Porque cada um acaba tendo essa reciclagem, mas de forma muito particular. Algo mais

direcionado acho que fica melhor para podermos estar passando né. Deveríamos ter acesso a isso, para que a gente possa ter mais discussões. Avançando mais um pouco na questão do cuidado, tirar alguns estigmas que ainda existem. (Psicóloga 1)

Como facilitadores potenciais do apoio também foram destacadas melhores condições de trabalho, incluindo menor número de equipes para matricular e carga horária maior na unidade de saúde. Para as participantes, a possibilidade de permanecer mais tempo na UBS facilitaria a proximidade com as equipes da ESF, o que ajudaria a fortalecer os vínculos e a melhorar a compreensão do papel do NASF. Os relatos abaixo ajudam a compreender estes aspectos:

Acho que se tivéssemos mais tempo dentro da unidade de saúde, haveria um vínculo muito maior e acho que ficaria muito mais claro qual é o nosso papel dentro das equipes. Então eu acho que se tivéssemos um número menor de equipe e pudéssemos estar mais vezes dentro de uma unidade, acho que daria pra ter um trabalho até mais eficaz, assim. Com mais qualidade e aproximação com a Estratégia. Daria pra gente falar mais, até mesmo para eles conhecerem nosso trabalho, uma organização mesmo de uma agenda. A gente teria mais essa aproximação e esse espaço para estar com eles, pra ouvir, pra orientar. (Psicóloga 1)

(...) se tivesse menos demandas, menos equipes para matricular, a gente poderia pensar em mais possibilidades. Assim como as equipes também não poderiam estar tão superlotadas com seis, sete mil pacientes. (Psicóloga 4)

Nesse sentido, as apoiadoras propuseram como ideal dispor de mais tempo nas unidades de saúde e ter menos equipes para matricular. É inegável que estar um tempo maior na unidade acompanhando cotidianamente um número menor de profissionais ampliaria as possibilidades de interação entre as equipes de referência e de apoio, com benefícios estimados para a atuação destas equipes no cuidado em saúde mental, assim como para os usuários. Isto porque “*o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde*” (BRASIL, 2013, p.23).

#### 4.4.3 Avanços na interação entre as eSF e NASF

Neste eixo, a intenção foi perceber a importância e os avanços do NASF a partir das percepções e avaliações das entrevistadas em relação ao apoio matricial ofertado, assim como as contribuições desse processo de trabalho na construção do cuidado em saúde mental.

Foram vários os desafios apontados pelas entrevistadas. No entanto, elas apresentam que, apesar dos obstáculos e dos avanços serem lentos, as relações dialógicas e dinâmicas têm sido construídas na medida que os processos de trabalho vão acontecendo.

(...) o NASF aos poucos tenta conquistar esse nosso lugarzinho, e esse cuidado com o paciente. Então acho que a gente tá caminhando pra que seja uma relação de mais proximidade. A gente tá caminhando para isso. (Psicóloga 1)

Eu já senti muita melhora, era muito mais difícil. E agora daqui os profissionais chegam. Hoje mesmo ouvi “tem um caso para discutir, vamos atender juntas. Vê o dia que você pode”. Aí eu vejo. As outras duas unidades tá difícil, mas aqui tá melhor. (Psicóloga 1)

Antes eles viam a gente como ameaça. Assim que eu entrei, eu já tenho três anos no NASF, e quando eu cheguei a sensação que eu tinha antes era que eles viam a gente como uma ameaça. Como alguém que tava ali pra vigiar o trabalho ou pra criticar. E agora não, eles vêem a gente como um apoio. (Psicóloga 2)

Na realidade cotidiana dos profissionais do NASF no âmbito da ABS, as entrevistadas afirmaram que muitas conquistas já aconteceram desde que iniciaram seus trabalhos, quando deixaram de ser vistos como ‘ameaça’ e passaram a ser vistos como ‘apoio’. Essas evoluções são conquistadas no cotidiano profissional, por meio do vínculo e interações de trabalho, é no ‘dia a dia’.

As entrevistadas destacaram o valor do apoio matricial e defenderam o trabalho do NASF como essencial na estrutura e dinâmica dos trabalhos. Deste modo, no parecer das mesmas, o apoio matricial é uma ferramenta que vem contribuindo para a construção do papel do NASF, assim como para a gestão do cuidado em saúde. Em seus discursos, referem que ainda há certa dificuldade de aproximação efetiva dos profissionais de saúde mental com a eSF, no entanto há avanços que mostram que estão caminhando para uma “relação de maior proximidade”. Em suas palavras: “Eu percebo que a estratégia para esses casos de saúde mental não consegue caminhar sozinha. Precisam ter o NASF ali próximo deles. Ainda não

*dá para caminhar sozinho não”; “Eu acho que só a estratégia em si não conseguiria levar o saúde da família. É necessário sim o apoio de outros profissionais” (Psicóloga 1).*

Na avaliação das participantes, o apoio matricial e a relação entre as equipes estavam ocorrendo de modo menos burocratizado e mais horizontalizado em relação as suas fases iniciais, tais aspectos mostram o fortalecimento e potencialização das práticas interativas no acompanhamento dos casos de saúde mental com o decorrer do tempo. Elas ponderaram que o progresso na integração faz parte da evolução do processo de trabalho. Para Almeida *et al*, (2016) o compartilhamento dos saberes passa a acontecer entre as equipes na medida em que os profissionais constroem suas interações.

O discurso de que o dia a dia do trabalho proporcionou um vínculo do NASF com as equipes de referência foi marcante nas falas das participantes, mostrando ser algo relevante para as apoiadoras na ambiência laborativa. De fato, a PNAB (2012) aponta a importância do NASF atuar de forma integrada e articulada com as equipes da ESF.

Deste modo, as entrevistadas destacaram a importância e a multiplicidade de formas de realização do apoio matricial pelo NASF. Afirmaram que o ‘trabalho coletivo’ é relevante para o cuidado preventivo e para o cuidado em saúde mental, que podem acontecer na unidade de saúde ou fora dela, no território. As atividades devem proporcionar a sensibilização das eSF em relação às demandas psicossociais dos pacientes, fortalecendo os vínculos com equipe e usuários.

Esses avanços eram reconhecidos por profissionais de outras especialidades e refletiam no modo deles interagirem com o NASF.

Eu já ouvi profissionais dizerem que se pudessem atenderiam o dia inteiro com o NASF do lado. Então, isso é muito legal, mostra que dá para ter resultado, dá para fazer um trabalho que tenha efetividade. (Psicóloga 3)

Aqui na unidade que eu me encontro, eu vejo que aqui a gente tem uma relação bem interessante, eles nos procuram [...] Até quando a gente leva a educação permanente, temas que são delicados, de violência, tudo eles buscam compreender, se tem dúvidas eles procuram. A gente tem uma relação bem tranquila neste sentido. (Assistente social 2)

Estes relatos, imbuídos de satisfação pelo trabalho realizado e pelos êxitos alcançados, demonstram uma conquista em relação ao reconhecimento da importância do NASF e do apoio ofertado a partir do vínculo com as eSF.

As entrevistadas também apresentaram os efeitos do NASF e do apoio matricial para os usuários, tendo em vista a integralidade do cuidado e os trabalhos preventivos que desenvolvem com as eSF.

[...] é uma proposta que traz muitos ganhos para o paciente em se tratando da integralidade, de cuidado e tudo mais. [...] eu acho que no que diz respeito à prevenção, eu acho que o trabalho coletivo é muito importante. Acho que qualquer ação coletiva que você faça dentro ou fora da unidade você tá fazendo um trabalho de saúde mental [...] É o momento que você vê que os profissionais da ESF se envolvem. [...] E aí você ter oportunidade de falar com vários pacientes e sensibilizar os profissionais também pra tá atento ao paciente que vêm com essa demanda, por exemplo. (Psicóloga 3)

O cuidado compartilhado com a rede psicossocial também foi sinalizado como uma potencialidade. O trabalho em conjunto, denominado de ‘monitoramento’ do cuidado, foi avaliado como algo positivo para a construção do cuidado em saúde mental. Embora tenham sido apontadas limitações da RAPS, houve casos em que esse cuidado compartilhado foi visto como possível e desejável.

A supervisão de eixo também apareceu como uma ferramenta importante de reforço da questão técnica em saúde mental, incluindo a participação da ESF. Na Área Programática 5.1, a supervisão de eixo e o fórum de saúde mental acontecem mensalmente e funcionam como espaços de discussão no qual a rede intersetorial é convidada a participar com vistas ao fortalecimento das ações de saúde mental. Conforme afirmam Coelho *et al.* (2012, p. 9) o matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro teve seus ‘alicerces’ há 18 anos, iniciando com os fóruns de saúde mental, “*um espaço para se pensar estratégias de cuidado para a região*”. A supervisão de eixo é uma das consequências dos fóruns, “*atividade realizada pelo supervisor do CAPS, inicialmente para discussão clínica de casos com profissionais dos ambulatórios de saúde mental e, posteriormente, ampliada para discussão de casos com profissionais da ESF, educação e assistência social*”.

Por fim, foi destacada a importância do apoio matricial no âmbito da ABS tendo em vista estarem no território, em lugar reconhecido como estratégico. Estar próximo da vida das pessoas, potencializa o processo de trabalho das eSF e, por conseguinte, do NASF.

A ABS tem um diferencial, que é o vínculo com o usuário. Então, assim, a gente tá no território todo dia, conhece a família. Algo que eu sempre tento trabalhar nos atendimentos “quando tiver algo mais crítico, uma crise você pode nos procurar não é só quando tem consulta agendada”. Então eles nos procuram, acho que isso é um diferencial. (Assistente social 2)

Acho que é muito estratégico porque a gente está no local, na hora que a demanda chega. Por exemplo, ontem a gente atendeu uma adolescente que foi violentada pelo pai. (Psicóloga 2)

A Psicóloga 4, em seu discurso, sintetizou os resultados do apoio matricial que tem sido realizado em seu contexto de trabalho, afirmando que este torna possível sensibilizar os profissionais e proporcionar educação permanente, manter vínculo e adquirir a confiança dos usuários, melhorar a educação em saúde, diminuir o preconceito e humanizar os atendimentos. Acreditamos que essa percepção reflete também as avaliações das demais participantes deste estudo.

É possível sensibilizar os profissionais, é possível manter vínculo com o usuário porque eles confiam, eles vêm no atendimento. [...] então um vínculo, um lugar que eles confiam. É possível melhorar a educação em saúde, diminuir os preconceitos, é possível humanizar mais os atendimentos. (Psicóloga 2)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos e analisados no âmbito da presente pesquisa proporcionaram um aprofundamento acerca dos processos de construção do cuidado em saúde mental a partir das percepções e experiências de profissionais diretamente envolvidas nas ações de matriciamento realizadas na ABS. Sendo este o objetivo central do estudo, podemos ressaltar suas contribuições para um melhor entendimento do contexto pesquisado à luz de fundamentos teóricos e legais e com base na realidade dos serviços. É preciso ressaltar que o olhar foi lançado para a realidade vivenciada no município do Rio de Janeiro, conforme suas especificidades, mas retrata esforços de adaptação às novas políticas de saúde e de alcance de objetivos traçados em nível nacional.

Apesar das entrevistadas estarem vivenciando a prática do matriciamento há poucos anos, estas demonstraram possuir conhecimentos referentes a esse processo de trabalho em congruência com os documentos oficiais. Mostraram clareza em relação às finalidades e atividades a que se propõe o dispositivo, bem como aos pressupostos que o sustentam. Esta clareza foi perceptível, por exemplo, na sinalização da interdisciplinaridade (troca de saberes, discussão de casos) como essencial ao cuidado realizado. De fato, o apoio matricial propõe interação dialógica entre os especialistas e a equipe multiprofissional de referência. Caso contrário, fica comprometida a resolutividade que se objetiva na ESF, pois para efetivação do cuidado em saúde mental é relevante o comprometimento entre os dispositivos, assim como a integração entre os profissionais.

Por outro lado, também fizeram uma análise da situação vigente ao apontarem os limites e os avanços encontrados no desenvolvimento do apoio matricial, reconhecendo os desafios decorrentes, mas também suas potencialidades. Sinalizaram os avanços presentes na conjuntura em que estavam inseridas, no entanto ponderaram que estas conquistas não acontecem de maneira uniforme na ESF, mas que são melhores observadas em algumas equipes e, mais especificamente, com alguns profissionais.

O NASF, no território investigado, teve sua implantação, de forma tímida, em 2010, com três equipes e quinze profissionais matriciando. Desde então, o dispositivo tem, conforme os dados coletados, alcançado conquistas no apoio ao processo de construção do cuidado em saúde, atuando como uma ferramenta que se insere na proposta atual da rede básica. As entrevistadas ressaltaram que essa construção deve ser alcançada a partir de uma

integração entre a equipe de apoio e as equipes de ESF, fortalecendo, por meio da prática, a proposta de trabalho que originou e ampara o NASF, numa perspectiva de educação permanente.

Nesse sentido, as participantes indicaram que a partir do momento em que passaram a integrar a equipe NASF assumiram o desafio de construir o processo de trabalho para o qual está proposta a equipe de apoio, com elaboração de agendas de atendimentos compartilhados. Deste modo, viviam a conquista do espaço ocupacional, assim como uma nova experiência profissional, visto que nenhuma delas tinha experiência anterior de atuação no NASF.

O apoio matricial configura-se como uma ação inovadora, que tem como objetivo a ampliação e o aperfeiçoamento da gestão da saúde na ABS para aumentar a resolutividade dos problemas de saúde. No entanto, a construção do espaço do NASF e do novo modelo em saúde esbarra em direcionamentos políticos que atravessam esses processos. Nesse sentido, questões organizacionais e estruturais foram apresentadas como obstáculos para a construção do cuidado em saúde mental, como, por exemplo, a rotatividade de profissionais nos contratos via OS que, conforme exposto pelas profissionais, dificultam a integração entre as equipes.

Esse contexto de transferência da gestão da rede de saúde à iniciativa privada tem sido uma realidade do SUS em muitos municípios. Não há uma política de gestão de pessoal unificada. No sistema, coexiste uma multiplicidade de políticas e de gestão de pessoal, distribuídas pelos municípios em iniciativas públicas e privadas. Na realidade atual, cada organização social, fundação de saúde, prestador filantrópico ou privado contratados pelos órgãos gestores definem as suas regras de funcionamento, como os mecanismos de contratação e de pagamento aos trabalhadores de saúde. Tudo isso colabora para a precarização das relações de trabalho, restrições orçamentárias, dentre outras questões que se referem à gestão da administração pública.

Embora haja entraves, o apoio matricial tem proporcionado vínculo no território entre profissionais e usuários e permitido a troca de saberes e intervenções compartilhadas entre as equipes, cumprindo o seu papel com a ABS no reordenamento do sistema. Nesse contexto, a formulação de projetos terapêuticos e a discussão de casos foram bastante sinalizados, exemplificando atividades multiprofissionais em que é fundamental o compartilhamento do cuidado mediante uso de estratégias e recursos técnicos capazes de prover articulações entre as equipes. Em tal cenário, todos os saberes são importantes.

Com relação à efetividade do cuidado em saúde mental na ABS, as entrevistadas referiram alguns desafios e limites, mas também alguns avanços. Os desafios estiveram

relacionados sobretudo às questões estruturais da AP 5.1, como a insuficiência de investimentos nos serviços, incluindo em recursos humanos. As entrevistadas afirmaram que há um número excessivo de equipes para apoiar, o que torna as equipes NASFs fragilizadas em relação à grande demanda.

No cuidado em saúde mental, o estudo mostrou evidências de uma ênfase no ‘produtivismo’. Assim, é preciso considerar que o profissional de saúde, enquanto um trabalhador assalariado, está inserido na lógica de exploração e acumulação do sistema capitalista. No entanto, as entrevistadas defenderam a efetividade e relevância desta linha de cuidado, apontando o apoio matricial como dispositivo potente para sua construção. Sinalizaram a possibilidade de um cuidado que prioriza o sujeito e não a doença, a partir de posturas e construções que vislumbram o caminho da ruptura com os preconceitos, com a centralidade do cuidado em saúde mental e com a resistência familiar em relação ao dito ‘louco’.

As falas das profissionais apontaram para uma realidade de casos que só poderiam ser acompanhados na ABS, na formatação de território adscrito, em que as unidades estão próximas das necessidades de saúde. Nessa direção, o estudo indicou casos de saúde mental cujos atendimentos foram viabilizados pelas ações no território, quando havia limitações destes usuários para locomoção ou para entendimento de suas necessidades. Destaca-se a importância dos ACS nestes contextos, pois trazem demandas reprimidas que favorecem a construção destes cuidados, fazendo o elo entre unidade de saúde e território adscrito.

Outro desafio colocado pelas entrevistadas foi o que elas chamaram de “*estado de eterna prontidão*” exigido dos matriciadores, indicando que as demandas eram postas “*muito na hora*”, o que dificultava a parceria entre as equipes, haja vista que ações integradas pressupõem um planejamento de agendas, assim como discussão prévia de casos entre as próprias equipes de referência. Adicionalmente, as participantes referiram, em suas falas, limitações das equipes ESF em relação ao cuidado em saúde mental, como pouco conhecimento de alguns de seus integrantes para abordagem qualificada a estes casos, com dificuldades, por exemplo, para reconhecerem certos transtornos psíquicos que, não raras vezes, eram interpretados pelo prisma religioso. Nestas situações, ressaltaram a relevância da atuação e suporte do NASF no manejo de casos de sofrimento psíquico, contribuindo, mediante a troca de saberes, para superação dos limites técnicos observados. No entanto, é preciso considerar que cada equipe é ‘singular’ nestas construções. Algumas apresentam olhar mais ampliado, uma visão para além do transtorno psíquico.

As limitações do processo de trabalho, conforme indicadas pelas entrevistadas, relacionavam-se não somente a necessidade de educação permanente por parte de profissionais envolvidos, mas também estavam vinculadas a problemas estruturais que dificultavam a integração das equipes de apoio e de referência, mostrando a necessidade de maiores investimentos humanos e financeiros na área. Como afirma Dimenstein (2009), o trabalho em equipe se contrapõe à lógica capitalista da atualidade, que prioriza o ‘individualismo’ e a ‘segregação’. Nesse âmbito, as entrevistadas referiram ainda insatisfação em relação às oportunidades de aprimoramento e aperfeiçoamento profissional para os próprios apoiadores em saúde mental por parte da coordenação de saúde da área, sinalizadas como insuficientes, o que exigia que tal capacitação resultasse de uma busca individual e particular.

Limitações da RAPS, com omissão de investimentos, também foram apontadas pelas entrevistadas, que afirmaram dificuldades na continuidade do acompanhamento aos casos de saúde mental, no que se refere tanto ao apoio pelos ambulatorios como pelo CAPS, fazendo com que alguns dos casos ‘se perdessem no caminho’ por conta da demanda excessiva. No caso específico dos ambulatorios, cabe ressaltar que a RAPS só passou a incluir estes dispositivos mediante a Portaria No. 3.588/2017, em função da necessidade deste apoio no atendimento aos transtornos psíquicos, principalmente em territórios com grandes demandas.

Assim, na construção e reorientação de novas formas de produzir cuidado em saúde é importante que os dispositivos se questionem sobre qual o seu papel nestas novas estratégias de acolhimento e cuidado em saúde mental. Em relação à RAPS, cabe ressaltar os limites próprios da atenção básica frente às especificidades dos casos de saúde mental. Questão que nos leva a refletir sobre o excesso de responsabilidades dos profissionais da atenção básica, em meio a tantas e complexas demandas, para lidarem com os casos, sobretudo quando de maior gravidade, o que reforça a necessidade de compartilhamento do cuidado com especialistas em saúde mental.

Apesar dos entraves, a interação entre as eSF e o NASF foi colocada, conforme percepção das entrevistadas, como uma construção que se faz no cotidiano de trabalho. Referiram avanços nesse processo e pontuaram mudanças gradativas no comportamento das equipes apoiadas, atribuindo tais mudanças a conquistas do NASF. Assim, concluímos que, nesse processo de construção do cuidado em saúde mental pela ABS, os desafios transformam-se em potencialidades à medida que o processo vai acontecendo.

A inserção da saúde mental na ABS é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde. Essa proposta rompe com dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação da ESF mostra-se como uma forma efetiva de inibir esta fragmentação. Deste modo, a atuação em equipes multidisciplinares na produção do cuidado contribui para a construção da rede de atendimento em saúde mental.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro precisa de investimentos e alguns direcionamentos políticos que contribuam com a construção do cuidado em saúde mental nos diversos dispositivos alternativos e, por conseguinte, com o reordenamento do modelo de cuidado em saúde. As entrevistas confirmaram essa realidade vivenciada nas unidades de saúde.

A ESF tem importante papel no reordenamento desses fluxos da rede de atenção psicossocial definido a partir dos níveis de complexidade das situações de saúde. Percebemos que o reordenamento do modelo é um desafio para os profissionais do SUS, incluindo a equipe NASF.

O estudo identificou fragilidades no que se refere à proposta de mudança no modelo biomédico de cuidado em saúde, como a precarização da capacitação dos profissionais, a fragmentação do cuidado, ausência de diálogo entre equipes e dispositivos, permitindo, na maioria das vezes, a coexistência dos vários modelos de atenção à saúde, e não uma substituição. Neste modo, há necessidade de fortalecimento de práticas integrativas e superação da ausência de diálogos entre as equipes e dos dispositivos intra e intersetoriais. As falas apontam para os facilitadores do processo de apoio matricial e construção de um modelo de cuidado integrado. Para tanto, são necessários investimentos organizacionais, estruturais e políticos para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

É importante sinalizar as limitações deste estudo, pois esta pesquisa se deteve na percepção de duas categorias profissionais. Há necessidade de se investir em outros estudos que, além de aprofundar debates aqui sinalizados, possam incluir outros profissionais apoiadores em saúde mental. Também seria relevante o conhecimento da perspectiva dos profissionais da ESF sobre a construção do cuidado em saúde mental na ABS, a partir de estudos mais detalhados.

Ao final da pesquisa, no entanto, é possível afirmar suas contribuições para um melhor entendimento da dinâmica de matriciamento em saúde mental no âmbito da ABS, tal como pretendido. Além disso, a inserção neste cenário da saúde pública como pesquisadora me

proporcionou não só um aprendizado em relação à percepção de colegas sobre os seus processos de trabalho, mas também refletiu sobre o meu próprio fazer profissional.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Daniela Alves de. **O apoio matricial sobre álcool e outras drogas integrando a saúde mental na atenção primária à saúde**. 100 f, Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, 2016.

AMARANTE, Paulo. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul-Set. 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AOSANI, Tânia Regina; NUNES, Karla Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, julho/dezembro. 2013.

BEZERRA, Patrícia Araújo; **Atuação dos Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife: Desafio e Possibilidade**. Dissertação, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto juvenil**, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Caderno Humaniza SUS**. Atenção Básica, volume 2. 2008 Disponível em [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizausus\\_atencao\\_basica\\_pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizausus_atencao_basica_pdf). Acesso em 24/11/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Humaniza SUS, v.5, **Saúde Mental**, Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27; Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde; Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, **institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.**

BRASIL, Ministério da Saúde, portaria 4279, de 30/12/2010. **Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Portaria 3088/GM/MS; de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 34).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil) [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf), acesso em 12/6/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde; Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, **Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).**

BRASIL, Ministério da Saúde; Lei 10216, de 6/4/2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Básico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e PTS.** 2ª edição, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2007.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. Apoio Matricial: Um Estudo Sobre a Perspectiva de Profissionais de Saúde Mental. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.42, p.767-78, jul./set. 2012.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurilio Castro. **Projeto ético político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** ABEPSS, 2001.

BRAVO, Maria Inês de Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andrea de Sousa; MONNERATI, Giselle Lavinas. **Saúde e Serviço Social**. 5ª edição, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo; Edições 70, 2012.

BONFIM, Iris Guilherme *et al.* Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: uma Análise da Produção Científica e Documental. **Interface** (Botucatu), v.17, n.45, p.287-300. Abr./jun. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada e reformulada e ampliada. In: CAMPOS G. W. S. (org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 51-67.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a Reorganização do Trabalho em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403. 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Barros, R. B.; Castro, A. M. Avaliação de Política Nacional de Promoção de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. In: HEIMANN L. S., IBANHES L. C., BARBOZA R. (Org.). **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 239 pp.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMINITI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 04, p. 961-970, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Del Barrio, Lourdes Rodriguez; Campos, Rosana Teresa Onocko. Políticas e Práticas em Saúde Mental: as Evidências em Questão. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2797-2805. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Uma política de pessoal para o sistema único de saúde; Brasil- Contribuição para o debate do Abrascão 2018. **Abrasco, Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 5, p. 4-8. 2017.

CAMPOS, Rosana Onocko, *et al.*; Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4643-52, dez. 2011.

CAMPOS, Rosana Onocko. Avaliação da Qualidade do Acesso na Atenção Primária de uma Grande Cidade Brasileira na Perspectiva dos Usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro; v. 38, N especial, p. 252-264, out. 2014.

COELHO, Daniela Albrecht Marques *et all* **Sobre o Matriciamento em Saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, Relatos e Recomendações**. Elaboração: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e Coordenação de Saúde mental. Rio de Janeiro, 1ª edição, 2012.

CORREIA, Walmir Richeta, *et al.* Saúde Mental na Atenção Básica: Prática da Equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.6, Dec. 2011.

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COSTA, Fernanda Rebouças Maia *et al.* Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 54, p. 491-502. 2015.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial e Atenção Primária e Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 04, p. 961-970. 2011.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de mover no território. **Interface-Comunicação Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan/mar. 2013.

DANTAS, Natália Freitas; PASSOS, Christina Friche. Apoio Matricial e Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: Perspectiva dos Trabalhadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-220, jan-abr. 2018.

DIMENSTEIN, Magda; *et al.* Demandas em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 33-42, nov. 2005.

DIMENSTEIN, Magda; SILVA, Maura Lima Bezerra. Manejo da Crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-43. 2014.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 01, p. 63-74. 2009.

DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Eliane. O CAPS e trabalho em Rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, Ciência & Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645. 2008.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salete Bessa. Compreensão das Mães Sobre a Produção do Cuidado pela Equipe de Saúde de um Hospital infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 84-90, fev. 2010.

HOFFMANN, Edla. **A Integralidade e o Trabalho do Assistente Social: Limites e Possibilidades na Estratégia de Saúde da Família**. PUC RS, Tese de Doutorado em Serviço Social, Porto Alegre, 2011.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima, O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.8, p. 3561-3571, ago. 2014.

JORGE, M. S. Bessa *et al.* Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, ago. 2014.

MATOS, Robson; Santos, Gisele Martins; Rocha, Rodrigo Batista da; Mendonça, Andrea Maria Guisoli. Apontamentos acerca do matriciamento como Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: um recorte da experiência de Montes Claros-MG. **Pretextos- Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 03, n. 05, jan/jul. 2018.

MELLO Filho, Julio *et al.* **Consulta Conjunta: uma estratégia de Atenção Integral em Saúde**. In: MELLO Filho Julio. *Psicossomática Hoje*. 2 edição, Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 601-608.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção Social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n.10, p. 7-19, 1993, Brasília, OPS.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos** [online], v. 21, n. 01, p. 77-92. 2014.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-7, dez. 2010.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de C.M.; SOUZA, Rosimary G. de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In: Bravo, M. I. S. *et al* (org.). **Saúde e Serviço Social**, 5ª edição, São Paulo: cortez, 2012.

OLIVEIRA, Fernanda Rodrigues Leite de. **A Integração das Ações no Campo de Saúde Mental entre a Estratégia de Saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Desafios para uma Prática Interdisciplinar**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007.

OMS/WHO, **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946, acesso em 7/11/2017.

OMS, **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**; Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

OMS e WONCA, Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família, **Integração da Saúde Mental nos Cuidados Primários: Uma Perspectiva global**, 2008.

OMS, Relatório Mundial de Saúde; Saúde Mental: Nova Conceção, Nova esperança; **Relatório Mundial de Saúde**; 1ª edição, Lisboa, Abril, 2002.

OMS, Relatório Mundial da Saúde, **Enfoque na Pesquisa**, 2013.

OPAS, **Reconhecimento Internacional**, 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Trabalho e Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; LIMA, Maria Alice Dias da Silva Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem** (Online), v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Ines B.; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SOUZA, Heloisa Machado de. **Saúde da Família: Uma Proposta que Conquistou o Brasil**. IN: Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica; Departamento de Atenção Básica; Memórias da Saúde da Família no Brasil/MS; Brasília, 2010; p. 31-35.

SOUZA, Maria Lidiany Tributino de. Apoio em Saúde Mental: uma proposta de educação permanente em saúde? SANARE, **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 10, n. 02, p. 28-33. 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades, Serviços e Tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 14, n. 2, p. 477-486. 2009.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. O Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul./dez. 2007.

WHO. World Health Organization. **Ljubljana Carta sobre a reforma de saúde**, 1996. Copenhague: WHO, 1996.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista Semiestruturada

#### CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- Qual a sua categoria Profissional?
- Qual a sua carga horária semanal no NASF? Você atua em outros serviços? Se sim, quais e qual a carga horária?
- Discorra sobre sua formação profissional: onde e quando se formou, especializações, pós-graduação.
- Fale um pouco de sua experiência profissional anterior ao NASF.
- Há quanto tempo atua no NASF?
- Quantos e quais as especialidades dos profissionais que atuam com você no NASF?
- Quais as principais atividades que você tem realizado no NASF?
- Que número de equipes da ESF você apoia? Qual o seu vínculo com CPRJ?
- Quais ações são mais comumente desenvolvidas junto à ESF?

#### EIXOS TEMÁTICOS

##### **1: Percepção do apoio matricial no âmbito do NASF**

1.1 O que você entende por apoio matricial ou matriciamento?

1.2 Como o apoio matricial tem sido realizado no NASF onde você atua?

1.3 Como você percebe o papel do NASF no apoio à eSF na construção do cuidado em saúde mental?

##### **2: Limites, desafios e possibilidades do processo de trabalho**

2.1 Como tem ocorrido a construção do cuidado em saúde mental na ABS no eixo onde você atua?

2.2 Que ações e atitudes dos profissionais envolvidos você considera importantes para a construção do cuidado em saúde mental na ABS?

2.3 O que você reconhece como possibilidades ou ganhos do matriciamento em saúde mental na ABS?

2.4 Por outro lado, que limitações ou barreiras você percebe existir para um adequado matriciamento em saúde mental na ABS?

### **3. Dinâmica da relação do NASF com as equipes de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde mental**

3.1 Como você percebe a dinâmica relacional entre as equipes da ESF e do NASF?

3.2 Que ações de SM as eSF realizam e apresentam como demanda para apoio matricial?

3.3 Você poderia apresentar um caso atual relacionado a saúde mental em que você atuou para exemplificar como tem ocorrido a construção desse cuidado?

3.4 Que aspectos você considera relevantes para uma maior integração dos profissionais do NASF com as equipes da ESF, tendo por objetivo o cuidado em saúde mental?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Ações de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde: Desafios na Prática do Apoio Matricial”, que está sendo realizada pela mestrande e assistente social Rosilene Gomes de Azevedo Rodrigues, sob acompanhamento e orientação da professora Dra Lilian Maria Borges Gonzalez, ambas vinculadas ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

O objetivo desta pesquisa é conhecer as ações do NASF na perspectiva da construção do cuidado em saúde mental na ABS em uma Área Programática da Saúde do município do Rio de Janeiro.

Sua participação não é obrigatória. A coleta de informações é para fins de pesquisa e os resultados serão divulgados somente para fins científicos, incluindo apresentação em eventos e publicação em periódicos e/ou livros. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento ou fase do estudo será divulgado o seu nome. Caso você não queira participar do estudo, isto não trará nenhuma consequência para sua vida profissional.

Se aceitar integrar este estudo, você participará de uma entrevista semiestruturada, que abordará temas relacionados ao seu processo de trabalho no que se refere ao apoio matricial disponibilizado a equipes da Estratégia de Saúde da Família. Está previsto a utilização do recurso de gravação em áudio no momento da entrevista, para que não se perca as informações repassadas à entrevistadora. As gravações serão ouvidas pelas pesquisadoras e serão marcadas com um número de identificação, sem que seu nome seja utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá sobre minha guarda. As gravações serão utilizadas somente para coleta e análise de dados sobre o tema em estudo. Tendo em vista a importância da fidelidade das informações a serem obtidas, não permitir a gravação, impossibilitará a realização da entrevista.

Comprometo-me a zelar pela integridade e bem estar de cada participante, respeitando sua autonomia e privacidade, além de evitar quaisquer riscos de exposição considerada negativa ou depreciativa. No entanto, caso alguém apresente algum tipo de desconforto no decorrer da pesquisa, será prestado apoio, respeitando este momento e sua decisão quanto à continuidade ou não na pesquisa, podendo a entrevista ser interrompida, remarcada ou mesmo cancelada.

Sua participação beneficiará a ampliação do conhecimento sobre as discussões acerca das ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Desta forma, esta pesquisa poderá trazer benefícios ao ensino e a pesquisa. Não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados unicamente pela pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação.

Como já mencionado, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio ou em qualquer formulário a ser preenchido por nós, bem como nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de participantes da pesquisa. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá sentir-se livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isto afete o seu trabalho.

Esta pesquisa está sendo realizada na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Área Programática 5.1 em parceria com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, por meio do Programa de Pós Graduação em Psicologia. A investigadora está

disponível para qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, você poderá contatá-la pelo telefone (21) 987274302 ou pelo endereço de e-mail [ass.rosilene@gmail.com](mailto:ass.rosilene@gmail.com).

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o(a) participante.

-----  
Mestranda Rosilene gomes de Azevedo Rodrigues    Professora Lilian M. Borges Gonzalez

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, abaixo assinado, aceito participar da pesquisa “Ações de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde: Desafios na Prática do Apoio Matricial”, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo ou penalidade.

Local e data, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se desejar receber os dados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone.

E-mail \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Casos do cuidado em saúde mental que exemplificam a interação entre as equipes NASF e ESF

### CASO 1

#### Relato da Psicóloga 4:

Tem um caso que a gente começou a atender logo que eu entrei no NASF. A gente contava ainda com um programa de residência de enfermagem em Estratégia de Saúde da Família. É uma usuária jovem, apresentando muitas sequelas do uso abusivo de álcool, que fazia muito uso, ainda faz, de crack, de cocaína. Tinha uma história de prostituição pra conseguir o dinheiro e a gente só tinha contato com ela quando a mãe chegava à unidade e falava de um certo momento de crise que a usuária se encontraria e de que precisaria de uma internação. E a gente pactuou com ela que essa usuária poderia tá vindo na clínica quando ela quisesse, pra podermos estar conhecendo ela. E, nessas horas, chega à clínica e ela fala pra gente “olha eu vim aqui para me cuidar, mas não me fala que eu tenho que diminuir a droga porque no momento eu não to conseguindo fazer isso, mas eu tô a fim de me cuidar”. E daí a gente começa a traçar um projeto terapêutico que ela possa vir, ela não conseguia vir no horário certo, um dia que ela possa vir, que era o dia que eu e a enfermeira estávamos. E, então, toda terça feira ela iria à clínica, ia depender de quem estivesse mais disponível pra ouvir um pouco ela. Pactuou que toda vez que ela viria ia associar um procedimento, um teste rápido, ou fazer um preventivo, fazer um exame de sangue. E assim a gente vai fazendo na ideia de construir um vínculo de confiança com a usuária. E foi uma estratégia que deu muito certo, que teve que contar muito com essa articulação, da estratégia, do NASF, da disponibilidade das duas, de agenda, de articulação. E, enfim, um caso crônico, difícil de pensar coisa exitosa, ou não, mas ao mesmo tempo essa questão da prostituição não existe mais, tem toda uma coisa com a proteção de doenças, tem toda uma questão da diminuição do uso também. E, principalmente, esse vínculo que foi construído. E essa usuária vem semanalmente à clínica pra conversar. Quem conversa com ela é quem tá disponível. Quase toda clínica já conhece ela. Muitas vezes ela vem e conversa com a agente de saúde, conversa com administrativo e sempre procura uma declaração de comparecimento, que é um pouco a ideia de mostrar a mãe que tá querendo, que tá se tratando, e ela tá se tratando. E é isso, foi preciso muitas discussões de caso pra pensar o que que era isso, de trabalhar com os profissionais um pouco da expectativa “poxa ela tá vindo aqui toda semana e ela não para de usar”. E ir trabalhando o que que a gente pode pensar num caso desse, que é um usuário que a gente não tinha acesso, uma certa repulsa à unidade, que sempre via a unidade como um lugar que ia internar ela. Hoje em dia ela pode ver a unidade como um lugar que ela busca apoio para a saúde. Acho que é um caso bem bacana que a gente conseguiu fazer essa integração. Ela gostava muito de andar de skate e, no início, a gente falava “você pode andar de skate aqui dentro”. Na unidade, tem lugares bem grandes, lisinho. Aí andava, deixava a gente louca’.

**Situação problema:** Uso Abusivo de álcool e outras drogas

#### Estratégias utilizadas:

- Acolhimento do caso pela eSF
- Valorização da participação da rede familiar;
- Pactuações com a paciente;
- Revezamento e prontidão da equipe;
- Disponibilização das equipes para atendimento;
- Valorização da subjetividade;

- Responsabilização da usuária na elaboração do PTS;
- Articulação de procedimentos clínicos com o cuidado em saúde mental;
- Divisão de responsabilidades entre as equipes;
- Construção de vínculos com usuária;
- Discussões do caso entre equipes NASF e eSF;
- Gestão de agendas para atendimentos;
- Apoio do NASF às eSF;
- Atuação centrada na pessoa

### **Resultados observados:**

#### **Para a usuária**

- Construção do autocuidado;
- Mudança da situação problema;
- Uso não abusivo das drogas;
- Não há mais a prostituição;
- Vínculo com as equipes permanece.

#### **Para as equipes**

- Articulação e integração entre as equipes;
- Troca de saberes.

## **CASO 2**

### **Relato da Assistente social 2**

Tem o caso da adolescente que eu citei, que foi essa semana. A equipe tá bem envolvida. Essa adolescente tem dezesseis anos, morava com a mãe e com avó no Maranhão. Ela esteve, enfim, em acolhimento numa instituição para adolescente e lá ela passou por uma situação de violência intensa. E o pai, que reside aqui em Realengo, diz não saber da existência da filha. Todas as vezes que ele esteve no Maranhão a menina nunca estava presente. E ele conheceu a filha recentemente. Ela veio residir com ele. Quando ela veio, ele descobriu que ela lá era acompanhada pelo Capsi, tinha alguns transtornos, se automutila. E aí mudou de cidade, a rede de apoio que ela tinha amigos, a avó, uma pessoa que ela tinha um vínculo forte ela perdeu o contato. Veio para uma cidade nova, um pai que, até então, ela não conhecia. Ela teve crises. Então, a equipe acolheu. O NASF se inseriu e a gente começou a compartilhar esse cuidado com o Capsi. Mesmo já estando em acompanhamento, ela teve crises. A gente tem intensificado ainda mais esse monitoramento. Todo dia alguém da ESF junto com o NASF ou do próprio Capsi, a gente tem monitorado para saber como ela está. Ela tem sido atendida tanto lá quanto aqui. A gente discute para saber como foi lá, como foi aqui. A gente tem a supervisão da infância e vamos levar esse caso semana que vem, pra ser discutido com outros NASF, com a própria assessoria de saúde mental, para ver quais outras estratégias. Avaliar o que a gente já vem fazendo até aqui. E pensar junto com a rede estratégias de acompanhamento, fortalecer o vínculo com essa família, mas a gente vê que eles têm aderido bem, nos procuram, procuram o Capsi. Quando

vamos lá em visita, nos recebem bem. Trocam experiências e compartilham algo que é difícil. Às vezes, fazendo acompanhamento a família não se sente à vontade para falar certas coisas, mas eles têm conversado bastante. O próprio pai, eu lembro que a gente fez uma visita ao (nome da instituição) no momento que a adolescente estava numa situação de crise e ele falou “Eu preciso ser cuidado também, enfim entender tudo que tá acontecendo. Conto com vocês”. É bem gratificante, digamos assim. Vê que a família sente confiança, de conversar conosco, com a equipe. Que esse acompanhamento tá surtindo um efeito para essa família.

**Situação problema:** Automutilação em adolescente

**Estratégias utilizadas:**

- Acolhimento do caso;
- Apoio do NASF;
- Compartilhamento do cuidado com o CAPSI;
- Monitoramento e acompanhamento do caso;
- Articulação entre equipes;
- Discussão do caso entre equipes, entre dispositivos e com coordenação;
- Participação na supervisão de eixo (casos de infância e adolescência);
- ’Pensar junto com a rede’;
- Discussão de estratégias de acompanhamento;
- Valorização da rede familiar;
- Valorização do vínculo com adolescente e familiares.

**Resultados observados:**

Para usuária e familiares

- Fortalecimento da rede familiar;
- Reconstrução do vínculo familiar;
- Qualidade de vida da família;
- Reconstrução de valores familiares;
- Vínculo entre família e profissionais;

**Para as equipes:**

- Integração entre equipes;
- Cuidado compartilhado;
- Troca de saberes.

## ANEXOS

### Anexo A- Modalidades NASF

**Quadro 1 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº 3.124/2012**

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de Equipes Vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais*</b>
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

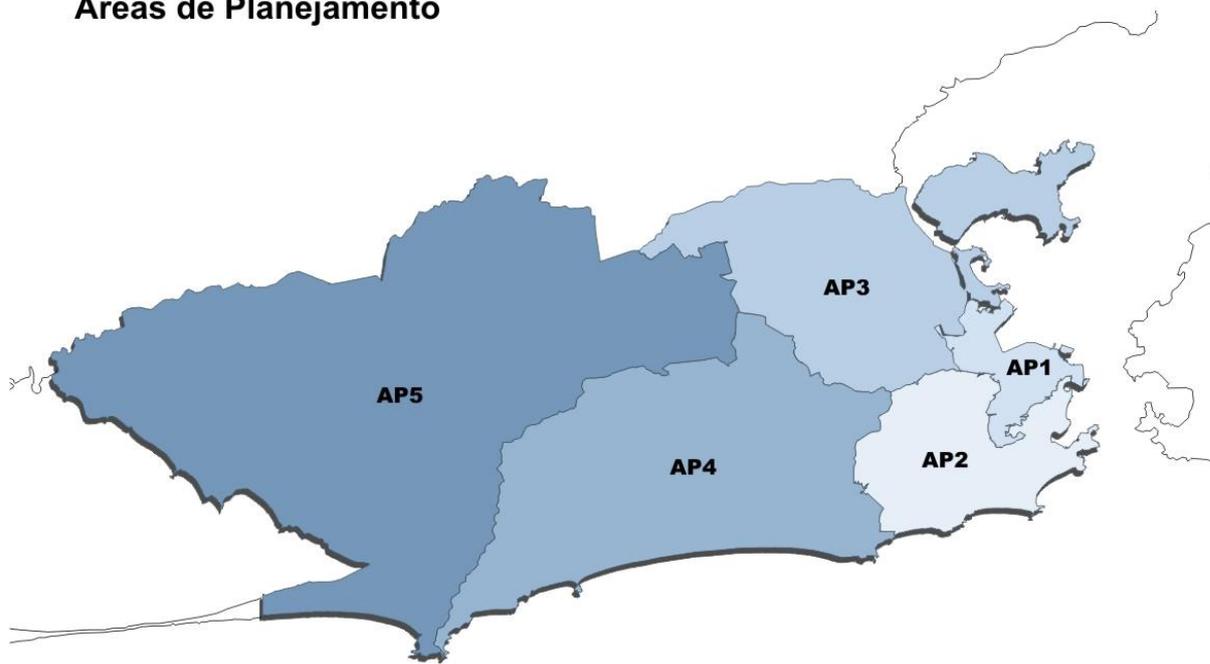
\*\*Equipe Consultório na Rua.

\*\*\* Equipe Saúde da Família.

\*\*\*\* Equipe de Atenção Básica.

## ANEXO B - Mapa de Divisão das Áreas Programáticas do Rio de Janeiro

### Áreas de Planejamento



**AP 1- Centro à Paquetá;**

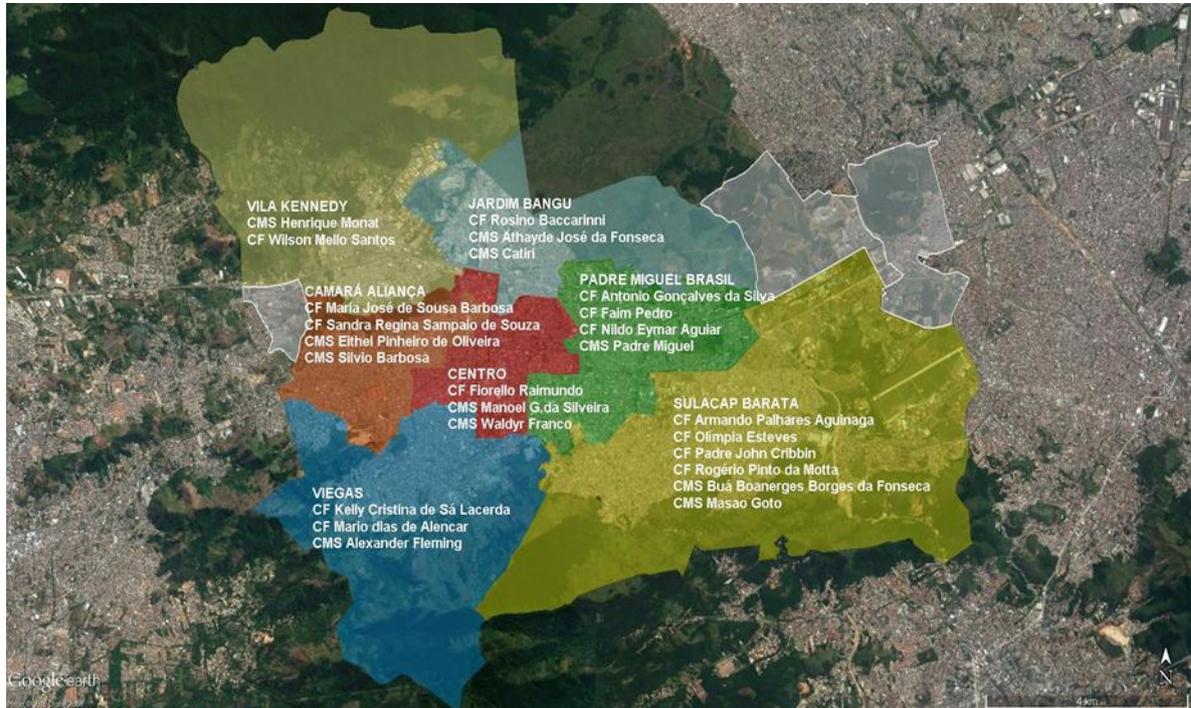
**AP 2- Tijuca e Zona Sul;**

**AP 3- Zona Norte;**

**AP 4- Jacarepaguá e Barra da Tijuca;**

**AP 5- Zona Oeste.**

## Anexo C - Mapa da AP 5.1



**ANEXO D -**

**ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AP 5.1 - DIVISÃO TERRITORIAL NASF /  
REFERÊNCIA AMBULATORIAL**

UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA / TIPO	TERRITÓRIO / NASF DE ADSCRIÇÃO	AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DE SAÚDE MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS BUÁ (TIPO A)</li> <li>• CMS MASAO GOTO (TIPO B)</li> </ul>	MALLET/DEODORO	<p><b>CMS MASAO GOTO</b>            Coordenadora: Renata Soares (Direção)            Supervisora: Maria Sílvia Elia Galvão            Data: Toda 3ª quarta-feira de cada mês            Horário: 9 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF OLÍMPIA ESTEVES</li> </ul>	LIMITES PIRAQUARA I	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF PADRE JOHN CRIBBIN</li> <li>• CF ROGÉRIO PINTO</li> </ul>	LIMITES PIRAQUARA II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA</li> </ul>	LIMITES PIRAQUARA III	<p><b>POLICLÍNICA MGSF</b>            Coordenadora: Neise Villar (Direção)            Supervisor: a definir            Data: Toda 1ª segunda-feira de cada mês            Horário: 09 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS CATIRI (TIPO A)</li> <li>• CMS ATHAYDE DA FONSECA (TIPO A)</li> <li>• CF ROSINO BACCARINI</li> </ul>	JARDIM BANGU	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF ANTÔNIO GONÇALVES</li> <li>• CF NILDO AGUIAR</li> </ul>	REALENGO NORTE I	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS PADRE MIGUEL (TIPO B)</li> <li>• CF FAIM PEDRO</li> </ul>	REALENGO NORTE II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF FIORELO RAYMUNDO</li> <li>• CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO (TIPO A)</li> </ul>	CENTRO NORTE I	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS SILVIO BARBOSA (TIPO A)</li> <li>• CF SANDRA REGINA</li> </ul>	SENADOR CAMARA I	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS HENRIQUE MONAT (TIPO B)</li> <li>• CF WILSON MELLO</li> </ul>	JARDIM BANGU II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS EITHEL (TIPO B)</li> <li>• CF MARIA JOSÉ DE SOUSA BARBOSA</li> </ul>	SENADOR CAMARÁ II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMS WALDYR FRANCO (TIPO B)</li> </ul>	CENTRO NORTE II	<p><b>CMS WALDYR FRANCO</b>            Coordenadora: Neidemar Silva e Áurea Bittencourt            Supervisor: a definir            Data: Toda 1ª terça-feira de cada mês            Horário: 13 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF KELLY CRISTINA</li> <li>• CF MÁRIO DIAS</li> <li>• CMS ALEXANDER FLEMING (TIPO B)</li> </ul>	VIEGAS/CENTRO SUL	

## Anexo E – Autorização CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)



HOSPITAL FEDERAL  
CARDOSO FONTES - HFCF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: Desafios da Prática no Cuidado Psicossocial

**Pesquisador:** ROSILENE GOMES DE AZEVEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80012917.9.0000.8066

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.421.991

#### Apresentação do Projeto:

O presente trabalho em análise é um Projeto de pesquisa submetido ao exame de qualificação como requisito parcial para o título de MESTRE EM PSICOLOGIA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL. Na Introdução e na Fundamentação Teórica a pesquisadora faz um extenso apanhado, contextualizando a referida temática. Descreve também sua atuação profissional no campo da saúde mental. Utiliza-se do referencial da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Apesar de detalhado, o desenvolvimento está bem articulado e com bom encadeamento das ideias que fundamentam o trabalho.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claros, em conformidade com o conjunto do trabalho com que ela se propõe a conhecer e identificar.

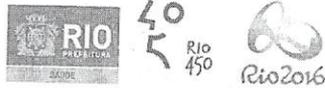
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos informados pela pesquisadora refere-se ao de "mobilização emocional", que ela mesma prestará suporte ou "deixará a critério" do entrevistado abandonar entrevista e remarcar um novo horário. Dessa forma não vejo que possa trazer prejuízos a pesquisa.

A relevância do estudo encontra-se na reflexão em torno da construção do projeto de reforma psiquiátrica no cotidiano da assistência a saúde mental.

Endereço: Avenida Meneses Côrtes, 3245 - Prédio Administrativo  
Bairro: Freguesia CEP: 22.745-130  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2425-2255 E-mail: cep@hfcf.rj.saude.gov.br

## Anexo F - Carta de Anuência



### CARTA DE ANUÊNCIA UNIDADE DE SAÚDE

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Ações de Saúde Mental na Atenção Básica Desafios da Prática no Cuidado Psicossocial, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Rosilene Gomes de Azevedo Rodrigues. Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 25/08/2016.

Assinatura e Carimbo da Coordenadora Geral de Atenção Primária da AP 5.1

Telefone: (21) 251-1111  
Endereço: Rua...  
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.1  
SMS-RJ

### Anexo G – Nova divisão NASF

NASF	Qtd Equipes matriciadas
NASF Antonio / Nildo	14
NASF Armando/ Rômulo Carlos	14
NASF Eithel / Maria José	12
NASF Wilson Mello / Henrique Monat	12
NASF Rosino / Catiri / Athayde	15
NASF Buá/Faim Pedro	15
NASF Padre Jhon/ Rogerio P /Masao	16
NASF Padre Miguel/Olímpia	13
NASF Silvio Barbosa/Sandra Regina	14
NASF Mario Dias/ Alexander Fleming	11
NASF Kelly Cristina	12
NASF Fiorello/ Waldyr/Manoel	15