

Elyana Teixeira Sousa

**OS NÓS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação submetida ao  
Programa de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade  
Federal de Santa Catarina para a  
obtenção do Grau de Mestre em  
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Walter  
Ferreira de Oliveira

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sousa, Elyana

OS NÓS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL /  
Elyana Sousa; orientador, Walter Ferreira de  
Oliveira - Florianópolis, SC, 2014.

72 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal  
de Santa Catarina, Centro de Ciências da  
Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária. 3.  
Atenção Psicossocial. 4. Redes de Atenção à  
Saúde. I., Walter Ferreira de Oliveira. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.  
III.Título.

Nome completo do autor

**TÍTULO: SUBTÍTULO (SE HOVER)**

Este (a) Dissertação/Tese foi julgado(a) adequado(a) para obtenção do Título de “...”, e aprovad(o)a em sua forma final pelo Programa ...

Local, x de xxxxx de xxxx.

---

Prof. xxx, Dr.  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. xxxx, Dr.  
Orientador  
Universidade xxxx

---

Prof.<sup>a</sup> xxxx, Dr.<sup>a</sup>  
Coorientadora  
Universidade xxxx

---

Prof. xxxx, Dr.  
Universidade xxxxxx



Dedico este trabalho a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde do Brasil, por dedicarem seus dias à mudança do modelo de atenção à saúde, enfrentando dificuldades, fortalecendo potencialidades. A construção de um SUS forte é vitória, principalmente, de vocês!



## AGRADECIMENTOS

*Não se faz um mestrado sozinho, não dá! Deve ser impossível. E se alguém conseguiu essa proeza, deve ter perdido a oportunidade de compartilhar! Não foi o meu caso, eu quis beber de cada fonte que pude, de cada contato, cada convívio, busquei trocas. Mudei! E mudei muito! Isso não foi resultado (só) de dias e noites nos livros, mas do convívio com pessoas maravilhosas, e eu preciso agradecê-las...*

*Quando cheguei à Florianópolis sabia de duas coisas: queria ser mestre em Saúde Coletiva, e queria estudar saúde mental. O resto ainda estava muito confuso para mim, e por isso começo agradecendo meu orientador, Walter Ferreira de Oliveira, um Mestre que, ao me dar liberdade, me possibilitou trilhar um caminho meu, que tive o prazer de compartilhar com ele. Obrigada Walter, por me permitir devanear, errar, surtar, acertar. Obrigada pela confiança, pela parceria, pela amizade. O convívio com você me fez uma profissional mais humana, uma professora um pouco Freiriana, e uma mentalista!*

*No meu primeiro mês em Florianópolis, o Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde – GPPS/Saúde Mental já fazia parte dos meus dias. Partilhar com o grupo, nesses dois anos de mestrado, foi muito importante! Participaram do processo de elaboração deste trabalho, discutindo, questionando, somando. Se pudesse dar uma só dica a alguém que está pra entrar na academia, diria: participe de um grupo de pesquisa! Obrigado por me aturarem nas crises, pela companhia nas quartas à noite, pelas discussões calorosas, pela construção e pela amizade de todos, em especial Rosilda Veríssimo e Susana Soares, queridas! Vocês são amigas, parceiras, companheiras!*

*Um ano se passou em Florianópolis, já me sentia mais parte da cidade, e começo a compor a equipe do Núcleo Telessaúde SC, ótima oportunidade de crescimento profissional, e eu não poderia deixar de agradecer a essa equipe maravilhosa, que luta e acredita no SUS. Sou mais enfermeira da Atenção Primária à Saúde depois de trabalhar com vocês. Nosso trabalho me encanta!*

*Os dois anos de mestrado me proporcionaram muitas amigas, companheiras de happy hour, de discussões teóricas. Aos colegas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Mestrado Profissional em Saúde Mental, e àqueles que nos esbarramos em algum lugar e continuamos presentes um no dia-a-dia do outro, muito obrigada! Aprendi muito com vocês! Agradecimentos especiais à Ana Maria Mujica, Amanda Faqueti, Deise Warlimg, e Luana Gabrielle Nilson (colegas do PPGSC), Alana Dallacosta, Priscila, Daiane, Martina (verdadeiros achados em Florianópolis).*

*Porto Alegre também fez parte dos dias de mestrado. Dias que foram fundamentais na minha formação profissional. Vivenciei a vida de uma enfermeira de estratégia de saúde da família como ela é. E preciso agradecer à Equipe de Saúde da Família do Morro da Cruz, em Porto Alegre, por me proporcionar essa vivência, e por me fazer acreditar ainda mais na Atenção Primária. Obrigada por me acolherem, e por me apoiarem na decisão de retornar à Florianópolis.*

*Agradeço também ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, pela disponibilidade, apoio, incentivo.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo incentivo financeiro.*

*À Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, e a todos os funcionários da atenção primária, em especial os que cederam um tempo de suas agendas cheias para conversarem comigo. Foi maravilhosa a troca nas nossas conversas! Parabéns pelo que têm feito, lutando por um SUS de qualidade, mesmo que isso signifique nadar contra a maré!*

*Agradeço à minha mãe, pelo incentivo aos estudos, e por me transmitir a paixão pela docência. Agradeço pelo discurso de professora, que sempre me orienta nas questões pedagógicas e na vida. Seu amor pela família deu tantos frutos, que precisaríamos de muitos churrascos para comemorar. Você é um exemplo de mãe, mulher, profissional, professora. Ao meu querido pai, que dedicou a vida a nós, deixou seus sonhos para trás pra que pudéssemos realizar os nossos. Ensinou-me sobre a importância da família com atitudes, sem dizer muito sobre isso. Vocês dois são meu porto seguro. Obrigado! Amo-os!*

*Meus irmãos, Rafael e Polyana, e meu cunhado Lindomar, por fazerem minha família mais bonita. À pequena Alice, que com seu sorriso e jeito maroto me conquista todos os dias. A vida não faria tanto sentido sem vocês.*

*Ao Ronaldo, pela parceria, incentivo e cuidado. Vir para Florianópolis foi mais doce tendo você como companhia. Obrigada por ter me incentivado a buscar alternativas de Programas no Sul, por ter compartilhado os dias do primeiro ano com tanto cuidado, por ter apostado em um relacionamento à distância com tanta tranquilidade. Obrigada por fazer me questionar sobre preconceitos e formas de viver e amar. Conviver com você é uma delícia! Amo você! E obrigada pelos desenhos do trabalho, ficaram muito mais lindos!*

*A todos os amigos, por tornarem a vida viva! Vocês são presentes de Deus!*

*E por último, e mais importante, a Deus, pela vida! E por ser meu sustento, minha fortaleza, meu refúgio. O Seu amor me constrange!*

*Muito Obrigada!!!*



“Se não nos deixais sonhar, não vos deixaremos dormir!”

(Eduardo Galeano)

"A UTOPIA está no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Que se eu ando dez passos ela se distanciará dez passos. Quanto mais a procure, menos a encontrarei porque ela vai se distanciando quanto mais me aproximo. Pois a UTOPIA serve para isso, para CAMINHAR."

(Fernando Birri)



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado como um serviço estratégico para aumentar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), pela ampliação do escopo de ações por meio do compartilhamento de saberes, aumentando a resolubilidade clínica das equipes, visa qualificar as equipes de Saúde da Família para coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Assim, reconhecer como o profissional do NASF percebe sua atuação na RAPS, o que encontra de dificuldades e potencialidades, tem importância na construção da APS fortalecida e qualificada para lidar com o sofrimento mental a partir da construção de uma rede forte e que realize Atenção Psicossocial. **OBJETIVO:** Analisar a compreensão dos profissionais das Equipes dos NASF do município de Florianópolis sobre seu processo de trabalho na RAPS. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa, com desenho exploratório-descritivo. O campo de pesquisa foi delimitado nos NASF do município de Florianópolis/SC. Foram realizadas entrevistas individuais a partir de um roteiro semi-estruturado com 9 profissionais que compõem diferentes equipes NASF, selecionados por sorteio em cada equipe. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e analisadas sob os pressupostos da hermenêutica dialética. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do processo nº 551.151, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Os resultados desta, categorizados a partir das articulações que os NASF realizam para o trabalho em rede, e de como atua na Saúde Mental, demonstram que o NASF ainda possui articulações pouco estruturadas como parte do processo de trabalho e, decorrente disso, a saúde mental ainda é fragmentada, e entendida como de responsabilidade de psiquiatras e psicólogos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** há dificuldades na organização do processo de trabalho do NASF em Florianópolis no intuito de privilegiar o trabalho em equipe e interdisciplinar.. Para o trabalho em rede, é preciso o fortalecimento de espaços que favoreçam diálogo, para ser possível a realização de um trabalho articulado entre vários saberes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Atenção Psicossocial. Redes de Atenção à Saúde.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The Support Center for Family Health was created as a strategic service to increase the quality of primary health care, by expanding the scope of actions through the sharing of knowledge, improving teams clinical solvability and to qualify teams to coordinate the family health care network, such as the Psychosocial Care Network. To recognize the difficulties and potentialities, it is important in the construction of the Psychosocial Care Network to become strengthened and qualified to deal with the mental distress from building a strong network and perform in Psychosocial Care. **OBJECTIVE:** To analyze the understanding of the professional teams on The Support Center for Family Health in Florianópolis on their work process in Psychosocial Care Network. **METHODS:** Qualitative research with exploratory and descriptive design. The research was delimited in Support Centers for Family Health in Florianópolis. Individual interviews were conducted from a semi-structured script guide with nine different teams, randomly selected on each team. The interviews were recorded and transcribed, and analyzed under the assumptions of dialectical hermeneutic. This research project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina through Case No. 551 151, in accordance with Resolution No. 466/2012 of the National Health Council. **RESULTS:** The results of this research, were categorized from the joints that hold the Support Centers for Family Health for networking, and serves as the mental health. It shows that the Support Centers for Family Health teams don't have yet unstructured joints as part of the work process, it impacts mental health work, being fragmented, and having the understanding the most responsibility is on psychiatrists and psychologists. **FINAL THOUGHTS:** there are still difficulties in the organization of the work process in order to favor teamwork and interdisciplinary, deploying qualitative goals, sharing cases. For networking, it is necessary to strengthen spaces that encourage dialogue to be possible to perform an articulated among various knowledge work.

**Keywords:** Primary Care. Psychosocial Care. Care Network.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Espiral Hermenêutico.....	47
Figura 2: Atribuições do NASF na Rede de Atenção à Saúde.....	59

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária à Saúde  
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas  
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil  
DS – Distrito Sanitário  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SAMU – Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência  
SF – Saúde da Família  
SISNEP - Sistema Nacional de Informações sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
1.1. <i>Objetivo Geral.....</i>	23
1.2. <i>Objetivos Específicos.....</i>	23
<b>2. MARCO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>24</b>
2.1. <i>Atenção Psicossocial, desinstitucionalização e cuidado no território.....</i>	24
2.2. <i>Rede de Atenção Psicossocial .....</i>	28
2.3. <i>Apoio Matricial e Equipes de Referência.....</i>	33
2.4. <i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família .....</i>	36
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>42</b>
3.1. <i>Campo e Sujeitos de Estudo .....</i>	42
3.2. <i>Instrumentos .....</i>	44
3.3. <i>Análise dos dados.....</i>	44
<i>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</i>	53
<i>Apêndice B – Roteiro guia para entrevista.....</i>	56
<b>ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>57</b>
<b>OS NÓS DO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>57</b>





## INTRODUÇÃO

Para compreendermos a construção do nosso sistema de saúde e do que entendemos por Atenção Psicossocial atualmente, dois movimentos são importantes: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Duas construções históricas de nosso país por volta da década de 80 que tinham como proposta, cada uma com suas particularidades, fazer saúde no território, próxima das famílias e da comunidade, contrapondo-se à lógica hospitalocêntrica e medicocêntrica (centrada no médico e na medicação) vigente à época do despertar destes movimentos; propunham fazer saúde considerando e produzindo subjetividades, onde a inventividade e a possibilidade de articulação entre diversos saberes, instituições, atores, é o desejado.

Com a reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge com uma bandeira de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, lema que foi garantido pela Constituição Federal de 1988 e operacionalizado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

O SUS surge de projetos ambiciosos, e tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, já trazendo conceitos de cuidado em rede, realizados a partir do território.

Vários são os dispositivos legais que orientam a organização do Sistema de Saúde a partir do território, das necessidades locais da população e uma saúde que acontece perto da vida das pessoas, especialmente com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para a Atenção Primária no Brasil.

Porém, durante toda a trajetória de organização deste sistema, obstáculos e desafios são esperados e, ao longo da história do SUS, alguns deles tem se mostrado de forma mais acentuada. Um deles é a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, dificultando a conquista da Integralidade enquanto diretriz do SUS; assim, com objetivo de aperfeiçoar a integralidade no SUS, através da superação da fragmentação das ações em saúde é construído o Pacto pela Saúde (2006) e em 2010 é publicada a Portaria 4.279, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta lógica de cuidado, que hoje chamamos RAS, propõe o compartilhamento, a troca de saberes e a responsabilização. Não mais é o médico, ou o hospital, a figura e o local das práticas em saúde. A saúde, tendo como base o conceito ampliado de saúde e entendendo-o

como um conceito dinâmico, requer interações intersetoriais e interdisciplinares para ser alcançado. O poder de controle da saúde antes vinculado a uma instituição/profissional diluiu-se em uma rede de serviços organizadas de forma regionalizada, descentralizada, horizontalizada e com a participação de vários atores, com olhares de diferentes perspectivas.

Porém, apesar de a instituição de portarias e legislações que propõem integrar serviços em forma de rede ser um avanço na história do sistema de saúde brasileiro, não é capaz de alterar a lógica fragmentada historicamente marcada nos serviços de saúde. Esta dificuldade de integração tem se tornado evidente em vários estudos realizados, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de entender as ações de saúde mental nos diferentes serviços de saúde, o que demonstra a dificuldade da busca pelo princípio da Integralidade, assim como de inserir intervenções em saúde mental no cotidiano dos serviços não exclusivamente psiquiátricos. A APS tem se mostrado despreparada para lidar com o sofrimento psíquico, o que gera um entrave no funcionamento da rede de serviços psicossocial, permanecendo estes cuidados nas mãos das equipes especializadas e mantendo a fragmentação do serviço que há anos vem tentando ser superada. Isto reflete desafios que o SUS enfrenta, e as tensões presentes no contexto histórico da Saúde Coletiva e também da Saúde Mental.

Diante desse cenário e, na perspectiva de apoiar a APS no manejo de áreas estratégicas é que o Apoio Matricial enquanto arranjo organizativo é proposto na organização do SUS. Este apoio pode ser realizado pelas equipes especializadas, como o Centro de atenção psicossocial (CAPS) no caso da Saúde Mental, mas também pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criadas com objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e ampliação das ações da APS, a fim de superar a fragmentação da saúde e construir redes de atenção a partir do referencial teórico e metodológico do apoio matricial.

Ainda existem poucos estudos disponíveis que discutam as realidades de processo de trabalho de NASF na perspectiva das redes. Em uma busca bibliográfica nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo, encontramos, após exclusão dos artigos que falavam de experiências de implantação, o trabalho de categorias profissionais específicas no serviço, assim como os não disponíveis e repetidos, encontramos 8

artigos que discutem questões de processo de trabalho do NASF em realidades específicas.

Por ter um papel tão importante na consolidação de um modelo de saúde em rede e por ser um assunto ainda pouco explorado em pesquisas campo, faz-se importante entender como os profissionais das equipes de NASF de Florianópolis compreendem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e como se veem neste processo de consolidação da mesma.

Compreensão foi entendida em um sentido hermenêutico, que significa, a princípio, entendimento (MINAYO, 2008). A intenção foi analisar a compreensão, ou seja, o entendimento dos profissionais das equipes de núcleo de apoio à saúde da família sobre trabalho em rede: como eles entendem este arranjo organizacional e como eles entendem sua atuação na rede de atenção psicossocial. Esta compreensão está pautada naquilo que é coletivo, mas também no que é individual; no que é compartilhado pelo grupo de profissionais, mas também naquilo que é específico para cada profissional entrevistado. Compreender se diferencia de perceber porque se aprofunda ao nível do entendimento, da construção de ideias.

Por meio da compreensão destes profissionais a respeito do seu papel da RAPS, procuramos discutir, levando em consideração o contexto histórico e social, os nós que articulam e que dificultam a construção de um sistema em rede capaz de atuar no território para a superação da fragmentação do cuidado, entrave para consolidar o princípio da Integralidade.

O campo desta pesquisa foi um momento de descobertas; na medida em que fui desenvolvendo-o, houve sentimentos de alegria, por perceber que, na prática dos serviços, existem pessoas que buscam construir um sistema de saúde integral, e também momentos de tristeza, ao ver que a construção do SUS exige inúmeras diferentes e difíceis batalhas.

Por fim, considero que a pesquisa cumpre o seu objetivo: traz à luz dificuldades presentes na construção de um sistema de saúde em rede e da construção da Atenção Psicossocial e, assim, faz-nos refletir quais são os nós: que desatam e que amarram o sistema, e os que nos ligam enquanto sujeitos de ação.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo Geral**

Analisar a compreensão dos profissionais das Equipes dos NASF do município de Florianópolis sobre seu processo de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Descrever como os profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Florianópolis percebem a proposta de trabalho em rede;
- Analisar as ações de apoio possíveis e/ou desejáveis para atuação na rede de atenção psicossocial;
- Identificar as possibilidades e desafios do trabalho das equipes de NASF de Florianópolis para a RAPS.

## **2. MARCO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A revisão bibliográfica deste trabalho está dividida em quatro etapas. No primeiro tópico, abordaremos qual atenção psicossocial estamos falando quando pensamos em rede de atenção psicossocial. No segundo, abordaremos a historicidade da rede de cuidados em saúde mental, assinalando como as políticas públicas no Brasil se constituíram após o movimento da reforma psiquiátrica, assim como as dificuldades de se trabalhar em rede, articulando saúde mental na saúde da família. Em terceiro lugar, falaremos sobre como o apoio matricial pode ser uma ferramenta articuladora na rede de atenção, principalmente a partir da instituição do Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família. No quarto e último tópico, discorreremos sobre o NASF.

### **2.1. Atenção Psicossocial, desinstitucionalização e cuidado no território**

Antes de falarmos em Atenção Psicossocial, devemos ter em mente que vários são os saberes implicados na construção da mesma, tendo como exemplo a constituição histórica da instituição psiquiátrica, das práticas de desinstitucionalização e a influência destes no desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado e práticas profissionais.

Refletir sobre as estratégias desejáveis em saúde mental e qual a atenção psicossocial que buscamos requer desconstrução de alguns destes saberes; em especial, desconstrução de um paradigma que privilegiou a instituição como lócus, e o isolamento como terapêutica. No centro deste paradigma está uma lógica, a que denominamos de lógica manicomial, por colocar historicamente o manicômio como centro de localização da loucura e tratamento do louco e por ser o local em que se desenvolve a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental. A lógica manicomial vai além do confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios; trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário, e que norteiam as relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Nesta lógica, a pessoa portadora de um problema psíquico é categorizada de forma que deixam de lhe ser outorgados direitos civis comuns a outros indivíduos não classificados como tal, como direito à propriedade e até mesmo o direito de escolher seu vestuário. Fomenta a crença na exclusão como solução prioritária para os problemas destes

usuários e/ou para proteção sua ou dos que o cercam. Assume-se que o paciente psiquiátrico é, por natureza, improdutivo, perigoso e incurável, confirmando a necessidade da exclusão e a ideia de dependência, resultando em eterna tutela e impossibilidade de autonomia (OLIVEIRA, 2009).

A promoção da exclusão e a ideia do paciente como improdutivo e perigoso sustenta-se cientificamente por uma visão de ruptura completa e intransponível entre doença e sanidade mental. Para a loucura, em uma sociedade em que só se admite inclusão do elemento considerado produtivo, é proposto um conjunto de políticas e ideologias que expressam a necessidade de uma instituição mental repressiva: o manicômio (OLIVEIRA, PADILHA e OLIVEIRA, 2011).

Esta instituição psiquiátrica estrutura a relação do médico com o paciente, que o vê com olhar deformado por um saber que produziu o manicômio e comprometido com a exclusão (ROTELLI, 1994). O isolamento é uma medida para precaver a sociedade dos males que a loucura podem lhe causar, levando-se em consideração suas características de negatividade, periculosidade, irresponsabilidade, impossibilidade de ser razoável. É também o que possibilita o olhar médico conhecer a loucura. Isolando a loucura, a psiquiatria modifica não só a relação médico-paciente, mas também a experiência da sociedade com a loucura (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994).

A Reforma Psiquiátrica desperta um movimento contrário ao entendimento que a loucura deva estar trancafiada entre os muros do manicômio, dominada por uma lógica que o louco é considerado perigoso e não adequado para viver em sociedade. Ela propõe um novo olhar sobre a loucura a partir da desinstitucionalização das práticas psiquiátricas; desinstitucionalização que é diferente da desospitalização. O desejo não é só que os loucos sejam libertos do manicômio, mas que a psiquiatria e a sociedade também se libertassem da instituição asilar e de todo o contágio causado pela mesma.

Nesse sentido, a presença do hospital psiquiátrico mantém viva a lógica da instituição, por isso a importância de pensar a desinstitucionalização, processo que é diferente de desospitalização; além do fechamento dos hospitais, continua no território, onde se torna bem mais importante. É preciso também desinstitucionalizar a psiquiatria, o que significa mudar a relação entre o médico e o paciente. (ROTELLI, 1994).

Desinstitucionalização é um conceito norteador, compreendido como proposta de mudança cultural, transformação de uma mentalidade de exclusão do diferente (OLIVEIRA, PADILHA e OLIVEIRA, 2011).

A verdadeira desinstitucionalização resulta (...) num cenário onde o portador de transtorno mental pode reconstruir sua identidade e readquirir sua cidadania, aniquiladas pela institucionalização manicomial. Os corpos institucionalizados podem experimentar, outra vez, a sensação de liberdade onde antes reinava um extremo controle e disciplina. É possível experimentar o desejo, passível de satisfação com escolhas que para qualquer cidadão são básicas e que chegam a confundir-se com necessidades (de alimentação, de higiene, de sono, de consumo). Desinstitucionalizar é promover um retorno à vida que havia sido impedida, sequestrada, violentada. Tal retorno à vida permite, aos poucos, reapropriar-se da noção de tempo, sobretudo do tempo subjetivo, o seu próprio tempo, antes roubado pelo relógio do hospital (OLIVEIRA, PADILHA e OLIVEIRA, 2011, p. 594).

No âmbito do cuidado com a saúde mental, desinstitucionalizar é criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2009).

A intenção é desconstruir o paradigma clássico da psiquiatria, para ser possível substituir a cura pela invenção da saúde e reprodução social dos sujeitos, e então utilizar-se dos recursos disponíveis como capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente, não reduzindo o sujeito à doença, mas reinscrevendo-o no corpo social (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994). Trata-se de desconstruir o manicômio e, ao mesmo tempo, “todo o contágio cultural em termos das teorias e valores a ele vinculados” (BARROS, 1994, p. 178).

A proposta é uma práxis onde as instituições assumam-se como parte de uma rede de cuidados com finalidade de restaurar a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental e como resposta às necessidades das comunidades e dos cidadãos, gerando novos atores

sociais, resgatando a complexidade da vida psíquica, assumindo a ruptura na centralidade e exclusividade do paradigma clínico e reconhecendo novos sujeitos de direitos, e novas formas de subjetivação (OLIVEIRA, 2009).

Esta é a perspectiva do trabalho no território. A práxis realizada em uma rede de cuidados e que pretende restaurar a cidadania dos usuários desenvolve suas ações no território que vive estes indivíduos. Território este que é vivo e que possui possibilidades diversas.

A concepção do território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental. (...) O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetivos, com a cultura, com as relações que si dinamizam e se transformam. (...) trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria (Giovanella e Amarante, 1994, p. 145).

Para Rotelli (1994), trabalhar no território e com as forças vivas do mesmo, é essencial para não retomarmos ao gueto da psiquiatria; neste território, existem pessoas diversas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais. Estes saberes existentes no território devem ser incorporados em nossa prática, sendo esse um bom caminho, que ainda poderemos andar muito pela frente.

Uma rede de serviços funcionando na lógica territorial tem a possibilidade e o desafio de atender às necessidades que as pessoas apresentam e, para tal, é possível a criação de formas substitutivas ao manicômio, como consultas e acompanhamentos domiciliares, grupos-apartamento, repúblicas, cooperativas, empresas sociais, projetos culturais. Se a necessidade é o afastamento familiar do doente, estes serviços podem ser leitos em centros de saúde mental que funcionem 24 horas, oferecendo hospitalidade noturna. Atitudes terapêuticas baseadas na reciprocidade, em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento (GIOVANELLA e AMARANTE, 1994).

O que se pretende então, ao falar, em uma perspectiva contemporânea de reforma sanitária e psiquiátrica, em saúde mental e atenção psicossocial? Pretende-se estabelecer uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os “usuários”. Os serviços que atuam nesta lógica devem desenvolver habilidades em atuar no território, devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que contemplem e



ampliem os recursos existentes; quanto maior a capacidade de desenvolver relações com os vários recursos existentes na comunidade, mais um serviço pode ser considerado de base territorial. O desafio da saúde mental está na possibilidade de encontrar alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Para isso, as *“políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos”* (AMARANTE, 2007, p. 86).

Os conceitos de desinstitucionalização e de atenção psicossocial, relacionados à APS são fundamentais para o cuidado em saúde mental. O indivíduo que necessita de cuidados psicossociais pode estar sendo acompanhado por unidades situadas geograficamente no território, mas os conceitos de desinstitucionalização e cuidado no território, assim como de atenção psicossocial, nem sempre estarão orientando as práticas realizadas nestes serviços. Transportar as práticas de lugar não garante o que desejamos em saúde mental e atenção psicossocial: a mudança de olhar, de postura e de lógica que oferecem a possibilidade de um novo lugar e um novo entendimento do fenômeno psíquico, no contexto da atenção, promoção e produção de saúde.

## **2.2. Rede de Atenção Psicossocial**

O cenário buscado em saúde mental, na perspectiva da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, tem objetivo de ampliar e qualificar o cuidado com base no território. É um modelo na concepção e na forma como deve se dar o cuidado: próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, sendo possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento, em que se considera que as relações pessoais constroem um tecido em que o intercâmbio entre os homens criam cultura e recursos econômicos (SANTOS, 2006). Neste novo cenário, adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos, articuladas à construção de um processo que valoriza as subjetividades. Neste contexto, os serviços de saúde devem se tornar mais acolhedores, possibilitando a criação de vínculos.

A rede de saúde mental deve, desta forma, ser composta por diversos, dispositivos, ações e serviços: Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios, residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros

de convivência e outros, atendendo às necessidades de cada território. Historicamente, os NAPS, e seus sucessores, os CAPS foram os primeiros serviços com função substitutiva ao manicômio, tendo como uma de suas funções primordiais organizar a rede de serviços em saúde mental.

Nascidos como serviços estratégicos para a Reforma Psiquiátrica, e com esta função de organização de uma rede que substitua o Hospital Psiquiátrico, os CAPS tornaram-se uma referência maior no atendimento diário, na inserção das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, na regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental, como organizador da rede de atenção psicossocial e como suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Cabe ao CAPS acolher e atender transtornos mentais graves e persistentes, buscando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2002). Percebe-se então a necessidade dos serviços em saúde mental se integrar com outros, como a APS; além disso, percebe-se também a importância que se dá em tratar o indivíduo levando-se em consideração o território em que ele está inserido.

Em relação ao papel do CAPS na Rede de Saúde Mental, com o Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, a função da APS e do CAPS nas redes de saúde mental são alterados. Numa perspectiva de superar avanços e desafios que se apresentou ao longo da história do SUS, é que se firma o Pacto pela Saúde, dividido em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS é uma das prioridades do Pacto pela Vida, o que marca um reordenamento das redes.

A necessidade de reordenar a rede de saúde mental nasce da perspectiva de que a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas; está instalada onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e por isso desempenham um papel importante para garantir acesso e qualidade na atenção à saúde. Por estar inserida no território, tem possibilidades de, na sua prática, considerar as peculiaridades do local onde está inserida. Um dos fundamentos e diretrizes da APS é adstrição do território, possibilitando o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das

coletividades que constituem aquele território, considerando a complexidade do local e suas particularidades (BRASIL, 2011).

Assim, a APS tem possibilidades diversas no manejo do usuário dos serviços de saúde mental, e seu fortalecimento é importante para que a rede de atenção psicossocial seja capaz de atuar no território onde esses indivíduos vivem, através do mais capilar dos pontos desta rede: aquele que está perto das pessoas. Além de investir no fortalecimento da atenção primária, é necessário “investir em uma rede diversificada de dispositivos que deem retaguarda a usuários e famílias no território” (DIMENSTEIN E LIBERATO, 2009). Apesar da importância da APS neste processo, uma vez que ela ocupa um lugar geográfico privilegiado dentro do território, é necessário conexão com outros dispositivos sociais, conformando uma rede de recursos com diferentes estratégias. Para Magda Dimenstein e Mariana Liberato (2009), os serviços substitutivos ao manicômio, conectados a outros espaços da cidade, são importantes para que o louco possa viver em sociedade e ter amparo além das equipes de saúde e da família, em uma rede comunitária. Tal rede possibilita a invenção de novas relações de sociabilidade dentro da comunidade e do espaço urbano, cumprindo então o que entendemos por atenção psicossocial.

Neste sentido, o CAPS deixa de ser o principal serviço para atenção psicossocial, importando, para constituição de rede de cuidados, as possibilidades de articulação e invenções.

Esta rede é instituída politicamente pela Portaria 3.088/2011, denominando-se Rede de Atenção Psicossocial, em consonância com os princípios e diretrizes da Portaria 4.279/2010, que regulamenta o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A intenção da portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Esta portaria constitui um avanço importante para a saúde mental e atenção psicossocial no país. Nas diretrizes para o funcionamento da RAPS percebe-se o avanço da mesma no sentido de resgatar a necessidade de articulações e invenções para o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando

cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Percebe-se então, nas diretrizes da RAPS, uma lógica comum à da Atenção Psicossocial. Propõe diversificação do cuidado, estratégias intersetoriais, atividades realizadas no território, ênfase em serviços comunitários. Avança em muito na consolidação de políticas públicas em saúde mental, propondo que o cuidado não possui um ator principal, mas vários atores, todos movidos pelos mesmos propósitos.

Os pontos que compõem a RAPS, bem como seus componentes são diversificados:

I - Atenção básica em saúde: unidade básica de saúde; equipes de atenção básica para populações em situações específicas, como equipes de consultórios de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, e; centros de convivência. Aqui também está incluído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

II – Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II e III, AD, AD III e CAPS i.

III – Atenção de urgência e emergência: pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros; e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que realizam acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental.

IV – Atenção residencial de caráter transitório: unidade de acolhimento; serviços de atenção em regime residencial, dentre as quais as Comunidades Terapêuticas.

V – Atenção hospitalar: enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental; e, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - As Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, programa de Volta para Casa.

VII - Reabilitação Psicossocial: composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários / cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

A RAPS estabelece então que, no componente Atenção Primária à Saúde, a Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011). Além disso, como dito anteriormente, a APS é o centro da rede, sendo ordenador e coordenador do cuidado em saúde mental, fortificando o que o Pacto pela Saúde já havia instituído (BRASIL, 2006). A Saúde Mental passa a ser assistida transversalmente em vários pontos e componentes da rede e o NASF, com função de fortalecer o ESF em pontos estratégicos, faz parte deste componente.

A RAPS marca um avanço na organização dos serviços em saúde mental ao instituir a importância de uma rede de base territorial com hospitais gerais atendendo os indivíduos desta rede quando a internação é necessária. Um dos nós centrais da saúde mental está justamente na presença do hospital psiquiátrico especializado (manicômio), que mantém viva a lógica da instituição (ROTELLI 1994), e o contágio cultural em termos das teorias e valores vinculados a ela (BARROS, 1994). Vale lembrar que nem toda instituição de internação destinada a atender àqueles que possuem algum sofrimento é manicomial, mas sim aquelas que mantêm viva a lógica de institucionalização que falamos anteriormente.

Além destes nós, o trabalho em rede e no território, articulado, propostos pelas portarias e políticas públicas tem demonstrado dificuldades ao longo dos anos, o que tem sido apontado por alguns estudos, especialmente quando falamos na articulação entre Atenção Primária à Saúde e Centro de Atenção Psicossocial. Tais estudos relatam que os profissionais da atenção básica sentem-se despreparados para lidar com a demanda de saúde mental e com o sofrimento mental (NUNES, JUCÁ e VALENTIN, 2007; JUCÁ, et. al., 2009; PINI e

WAIMAN, 2012; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009) e para identificar o sofrimento mental (JUCÁ, et. al., 2009) ora refletindo na prática de encaminhamentos (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009), ora dificultando o entendimento de quando o caso deve ser e, se deve ser encaminhado (JUCÁ, et. al., 2009).

Como possibilidade para driblar tais dificuldades, o Apoio Matricial, realizado por uma equipe de saúde mental, é avaliado por profissionais positivamente, apresentando potencial para ser um dispositivo articulador da rede (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009; JUCÁ, et. al., 2009; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009); e que o olhar conjunto proposto pelo matriciamento enriquece a prática e possibilita maior articulação da rede no território (DELFINI, et. al., 2009; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009).

Uma experiência interessante em matriciamento é a relatada por Antonio Lancetti (2001). Apesar dos estudos acima citados mostrarem diversas dificuldades para articular APS e CAPS, e corroborando com a necessidade de uma rede integrada em saúde mental e atenção primária, que articule também com outros dispositivos sociais, Lancetti coordena e relata uma experiência desenvolvida por uma equipe de saúde mental em parceria com o Programa de Saúde da Família: Projeto Qualis, desenvolvido na cidade de São Paulo, que demonstra a possibilidade de uma atenção com articulação entre equipes, e acima de tudo, em conjunto com o território em que estão inseridos, incorporando-se os saberes, práticas e forças deste território para promover o máximo de autonomia e cidadania dos usuários.

É nesta perspectiva, de institucionalizar o Apoio Matricial no SUS, e de apoiar a Equipe de Saúde da Família nas ações em diversas áreas estratégicas, como a saúde mental, que surge o NASF. Portanto, este não é o único dispositivo que pode realizar matriciamento, o próprio CAPS, enquanto equipe especializada, o realiza. É sobre esta possibilidade que falaremos nos próximos tópicos.

### **2.3. Apoio Matricial e Equipes de Referência**

O Apoio Matricial em saúde é um recurso para organizar o trabalho em saúde da Atenção Primária. Tem objetivo de superar a fragmentação da atenção, consolidar responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais. A metodologia de trabalho do Apoio Matricial tem como objetivo assegurar retaguarda especializada (assistencial e suporte

técnico-pedagógico) a equipes e profissionais (equipes de referência) encarregadas da atenção a problemas de saúde de forma personalizada e interativa. Sua operacionalização se dá a partir do conceito de núcleo e campo; um especialista com determinado núcleo apoia especialistas com outro núcleo de formação, a fim de ampliar a eficácia de sua atuação. Esta relação pode acontecer em um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, participação em discussões de projetos terapêuticos, análise de estratégias para lidar com a demanda reprimida, análise de encaminhamentos e, até mesmo, a disponibilidade para contato telefônico (CUNHA & CAMPOS, 2011).

As Equipe e Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade por coordenar e conduzir um caso, de forma longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. Essa coordenação do cuidado tem a finalidade de ampliar o vínculo entre profissionais e usuários (CUNHA & CAMPOS, 2011) e é possibilitada pela adstrição dos usuários e famílias, fundamento e diretriz da atenção básica, oportunizando o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, a fim de garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade. A adstrição tem como objetivo a vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, a fim de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2012).

A atenção primária é responsável pela coordenação do cuidado, o que significa a elaboração, acompanhamento e gestão do cuidado ofertado ao indivíduo, assim como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os serviços ofertados. A responsabilização pelo cuidado dos usuários é realizada por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada no intuito de produzir gestão compartilhada da atenção integral (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002). Assim, em se tratando da RAPS e de outras redes temáticas, é a equipe de atenção primária que realiza o papel de equipe de referência.

A importância da equipe de referência na coordenação do caso é justificada, entre outros motivos, pela possibilidade deste cuidado longitudinal, o que pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, sendo possível acompanhar os efeitos das intervenções em saúde, assim como ajustar condutas quando necessário. Ainda que haja compartilhamento do caso entre profissionais, a coordenação longitudinal possibilitada pela equipe de referência viabiliza o desenvolvimento de diálogo para compreensão dos objetivos

de cada recorte disciplinar e proposta terapêutica, buscando analisar as intersecções entre diagnósticos e tratamentos, definir prioridades, evitar iatrogenias e viabilizar a participação do usuário e/ou de sua família nos processos de decisão clínicos, buscando a melhor maneira de lidar com as incertezas (STARFIELD, 2002; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Assim, Apoio Matricial e Equipe de Referência são arranjos organizacionais, e também uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que tem como objetivo ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, buscando diminuir a fragmentação decorrente da especialização crescente em grande parte das áreas de conhecimento (CAMPOS & DOMITTI, 2007; CUNHA & CAMPOS, 2011).

O arranjo organizacional proposto a partir do modelo matricial possibilita maior integralidade no cuidado, uma vez que propicia encontros entre diferentes sujeitos e propicia construção coletiva (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

O apoio matricial implica na construção de um projeto terapêutico integrado, e esta articulação pode desenvolver-se em três planos fundamentais: atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e profissional da equipe de referência; atendimentos ou intervenções especializadas realizadas por um profissional apoiador, mantendo contato com a equipe de referência, que procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador dialogando sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Esses arranjos têm como objetivo a construção de uma cultura organizacional democrática, e um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial (CUNHA & CAMPOS, 2011).

O emprego do nome matricial indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos serviços de saúde. Já apoio sugere uma maneira para operar essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade,



ou seja, sugere procedimentos dialógicos para ordenar a relação entre referência e especialista (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Estes conceitos dialogam bem com o proposto por Eugênio Vilaça Campos (2011) e pela Portaria 4.279/2010, ao definir rede como conjuntos de serviços de saúde que mantêm relações horizontais, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permita ofertar atenção contínua e integral à população em sua área de adstrição, coordenada pela atenção primária à saúde, com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A experimentação deste arranjo de trabalho a partir do apoio matricial foi inaugurada em Campinas (SP) a partir de 2001, com a implantação do Programa Paidéia Saúde da Família. Figueiredo e Campos (2009) avaliam a organização das ações de saúde mental na atenção básica de Campinas (SP), a partir da implantação do arranjo de gestão Apoio Matricial, sob a ótica dos profissionais nele envolvidos. Nesta pesquisa, verificou-se que o Apoio Matricial possibilitou que a Saúde Mental saísse do núcleo especializado e passasse a transitar na práxis das equipes de atenção básica, possibilitando corresponsabilização dos casos e, conseqüentemente, diminuição nos encaminhamentos. Gestores, profissionais apoiadores e de referência concordam que o Apoio Matricial, apesar das adversidades, tem conquistado a ampliação da clínica, tanto no acolhimento da dimensão da subjetividade pelas equipes de referência, quanto na diversificação das ofertas terapêuticas da Saúde Mental, que extrapolou sua atuação dos consultórios para o território e da rede de relações que nele acontecem, a partir das necessidades do mesmo, assim como das famílias e dos sujeitos. Para as equipes de referência, o contato com o apoiador incrementa sua formação e, assim, passam a considerar possível pensar e transformar sua prática, fazendo surgir alternativas criativas e mobilizadoras para o serviço em um campo de conhecimento que antes gerava insegurança, sendo bastante enfatizada a função pedagógica nas narrativas da Saúde Mental e dos gestores.

É nesta perspectiva que se cria, no Brasil, as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

#### **2.4. Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

O NASF foi criado pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com a finalidade de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da

Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da APS no Brasil. Tem objetivo de buscar a superação da lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF (BRASIL, 2010), por isso sua importância ser fundamental para a construção da RAPS. Constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os NASF atuam de maneira integrada apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais, etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2008 e BRASIL, 2012). Não é porta de entrada do sistema, devendo atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes (BRASIL, 2008).

Prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, possibilitando troca de saber, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos. Intervenções diretas podem ser realizadas, mas sempre com encaminhamento das equipes de SF em situações necessárias e após discussões e negociações entre os profissionais de referência (BRASIL, 2010).

Como equipe de apoio, o NASF atua de forma a compartilhar as responsabilidades entre equipes de SF e equipe do NASF. Esta responsabilização compartilhada supera a lógica do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, fortalecimento de seu atributo e papel de coordenador do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2008). Isto significa que, mesmo quando a intervenção é realizada diretamente pela equipe do NASF, a coordenação do cuidado é da equipe de SF, compartilhando a responsabilidade do cuidado, e não a transferindo para a equipe do NASF.

Neste sentido, a principal diretriz a ser praticada pelos NASF é a Integralidade. Para Mattos (2001), há vários sentidos possíveis para a integralidade, que incidem sobre diferentes pontos:

- se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independente de ela se dar no âmbito do SUS. É como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais da saúde, que se

expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, em especial na busca de compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta. Implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

- se refere a atributos da organização dos serviços, na busca de ampliar as percepções sobre as necessidades dos grupos, se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da comunidade, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades;

- aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, buscando uma visão mais abrangente daqueles que serão os alvos das políticas de saúde. É também a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. Neste sentido, a integralidade pode ser construída no âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade, pela necessidade de transgredir os espaços públicos setoriais.

A contribuição para a integralidade a partir das atividades do NASF se dá por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Como exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF, têm-se: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc. (BRASIL, 2012).

Por ser considerada uma área estratégica, cada NASF deve contar com pelo menos um profissional da área de saúde mental, no intuito de fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica, por meio do desenvolvimento do apoio matricial, possibilitando que a prevenção e tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial aconteçam a partir da APS, aumentando assim a capacidade da APS em lidar com o sofrimento psíquico e integrar-se com os demais pontos da rede assistencial (BRASIL, 2010).

As ações de saúde mental desenvolvidas pelo NASF devem se pautar na necessidade de aumentar as possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF em relação aos problemas de saúde mental do território, ampliando a clínica em relação às questões subjetivas e à abordagem psicossocial. Nessa perspectiva, os profissionais do NASF têm como responsabilidade as seguintes ações estratégicas:

1. Apoio às equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Deve-se haver articulação entre equipes de NASF e Saúde da Família com as equipes de CAPS para um trabalho integrado e apoio do CAPS nos casos necessários. As equipes de SF identificam os casos de saúde mental e, em conjunto com os NASF e/ou CAPS elaboram estratégias de intervenção e compartilham o cuidado;
2. Trabalho com estratégias de redução de danos em relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, incluindo a integração de redutores, onde houver. Da mesma forma, realizar detecção precoce de casos que necessitem de atenção e utilizar as técnicas de intervenção breve para a redução do consumo;
3. Possibilitar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental;
4. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
5. Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho;
6. Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;
7. Estimular a mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.);
8. Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (identificação, cadastramento, registro de

casos de transtornos mentais, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores) (BRASIL, 2010).

A atenção em saúde mental realizada pelo NASF deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, que inclui a Atenção Primária, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (BRASIL, 2008).

Detalhamento das ações em saúde mental que os NASF podem realizar (BRASIL, 2008):

- Atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- Apoio às ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- Discussão, com as ESF, dos casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- Criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- Evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários objetivando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.;

- Priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- Possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e,
- Ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Dessa forma, a proposta do NASF é viabilizar a articulação da APS com os outros componentes da RAPS, na medida em que propõe qualificar profissionais da atenção primária para que as equipes de Saúde da Família atuem como coordenadores do cuidado. Uma avaliação, no campo acadêmico, sobre o trabalho do NASF e sobre o cumprimento de suas finalidades, entretanto, é ainda precária.

Observa-se, nas bases de pesquisa bibliográfica utilizadas no campo da Saúde Coletiva, uma escassez de trabalhos científicos sobre o processo de trabalho do NASF. Grande parte dos estudos encontrados refere-se à implantação do serviço ou ao trabalho de categorias profissionais específicas. Os artigos que tratam do processo de trabalho do NASF apontam o potencial deste dispositivo para o cuidado em saúde, mas invocam mudanças de paradigma e revisão dos processos de trabalho (LANCMAN, et. al., 2013; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Das dificuldades apontadas no NASF por parte dos profissionais da APS, inclusive os locados no NASF, destacam-se a fragmentação das ações e o não reconhecimento, por parte destes profissionais, do significado do trabalho do NASF. O enfoque em produção quantitativa e a permanência de gestões verticalizadas impedem, na ótica dos artigos pesquisados, que o NASF supere um modelo de atenção fragmentado (OLIVEIRA, 2013; SAMPAIO, et. al., 2012; ARAÚJO, GALIMBERTTI, 2013).

Araújo e Galimbertti (2013), Oliveira (2013), Anjos e colaboradores (2013), entendem o diálogo como elemento fundamental para integração dos profissionais e serviços. Para Ellery, Pontes e Loiola (2013), o diálogo pode orientar a ampliação do campo comum de atuação e a valorização do saber de cada profissional. Para isso, afirma Lancmam e colaboradores (2013), há necessidade do envolvimento dos diversos níveis hierárquicos dos serviços (profissionais, coordenação, gestão) com fins de possibilitar a concretização das propostas do NASF, de forma a potencializar uma mudança de modelo de atenção à saúde, na

direção de práticas com centralidade no sujeito e na comunidade (ARAÚJO, GALIMBERTTI, 2013).

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

O trabalho teve uma abordagem qualitativa, com desenho exploratório-descritivo.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo dos produtos das interpretações que fazemos a respeito de como vivemos, sentimos e pensamos; aplica-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados e permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou processo em estudo (MINAYO, 2008).

A pesquisa pretendeu entender um processo em uma região específica e a compreensão de um grupo de trabalhadores delimitado e focalizado, não pretendendo fazer generalizações, portanto, entendemos ser a pesquisa qualitativa uma abordagem adequada.

#### **3.1. Campo e Sujeitos de Estudo**

O campo de estudo deste trabalho, município de Florianópolis – SC, situado no estado de Santa Catarina, possui população de 421.240 habitantes em uma área de 675,409 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O território de saúde de Florianópolis está dividido em cinco Distritos Sanitários: DS Centro, DS Continente, DS Leste, DS Norte e DS Sul. Existem 12 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e 121 Equipes de Saúde da Família distribuídas no município de Florianópolis, de acordo com dados do DATASUS, em abril de 2014.

Florianópolis possui, então, 12 NASF assim distribuídos: 2 no DS Centro, 2 no DS Leste, 2 no DS Norte, 3 no DS Sul e 3 no DS Continente.

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais que atuam nas doze equipes do núcleo de atenção à saúde da família, sorteados em reunião do distrito. Foi sorteado um profissional que compõe cada uma das equipes de NASF.

O sorteio pautou-se no entendimento de que todo membro da equipe tem condições de falar sobre a atuação do NASF em Florianópolis, independente da categoria profissional, pois não é o interesse deste estudo entrevistar o profissional que mais se interessa ou

mais entenda de saúde mental, e sim qualquer profissional que componha uma equipe NASF, tendo em vista que o trabalho é interprofissional. Além disso, pautando-se pelo conceito de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007), entendemos que o cuidado com o sofrimento psíquico não é exclusivo de categorias profissionais, uma vez que a proposta da Atenção Psicossocial é produzir invenções em saúde.

Desde a concepção deste projeto, optamos por conhecer o funcionamento dos NASF em todo o município de Florianópolis. Considerou-se importante a participação de todos os NASF, uma vez que o trabalho preconizado para este serviço depende das equipes de saúde da família com os quais desenvolve seu trabalho, podendo encontrar dificuldades e potencialidades diferentes dependendo das equipes que cada equipe NASF apoia.

As reuniões das equipes acontecem a nível distrital, uma vez ao mês. Não há reuniões realizadas por cada equipe NASF. Sendo assim, entendemos que um profissional de cada equipe é capaz de representar os NASF no município de Florianópolis, pois acreditamos que as similaridades de atuação serão encontradas por Distrito Sanitário, e não por equipe.

Reconhecemos que o profissional da equipe traz consigo questões individuais no discurso, mas também questões que podem representar a equipe. Importante ressaltar que não estamos afirmando que o discurso de cada profissional representa o discurso da equipe, mas que parte do mesmo foi construído pelo convívio com os demais profissionais da equipe e do distrito. Participaram do sorteio somente os profissionais do NASF que tem mais de seis meses de trabalho na equipe.

Então, foram sorteados, nas reuniões de equipe dos distritos, após apresentação do projeto aos presentes, um profissional de cada NASF. Só participaram do sorteio os profissionais presentes na reunião, pois entendemos que esta conversa inicial foi importante para o esclarecimento dos objetivos do trabalho.

Após sorteado, o profissional foi convidado a participar da pesquisa. O convite foi enviado via e-mail eletrônico ou feito em contato por telefone pessoal.

No momento que o profissional foi convidado para participar da entrevista, ele recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>1</sup>, via e-mail eletrônico (apêndice A). Acreditamos que a

---

<sup>1</sup> A pesquisa respeitou os termos da Resolução do CNS nº466/2012. Foi aprovado pela Comissão de acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de



declaração de aceite de participação na pesquisa do profissional no momento do sorteio poderia causar desconforto nos profissionais sorteados, por isso optou-se por convidar o profissional para participar do estudo em momento posterior ao sorteio para não haver constrangimento, no momento da reunião distrital, para eles aceitarem ou não participar do estudo.

Em momento anterior à entrevista, a pesquisadora explicou a cada participante os termos do TCLE e, depois de solucionada todas as dúvidas do profissional, ele foi convidado a assinar o termo em duas vias, ficando uma na posse da pesquisadora.

Nove profissionais de diferentes equipes aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados em horários e datas agendadas de acordo com as preferências do profissional. Três outros profissionais sorteados não participaram, um por não haver interesse em participar da pesquisa, e outros dois por não terem disponibilidade de horários no período da coleta de dados desta pesquisa.

### **3.2. Instrumentos**

Optamos, para entender a compreensão dos profissionais de saúde nos NASF de Florianópolis a respeito do seu papel na RAPS, por entrevistas individuais semiestruturadas estabelecidas a partir de um roteiro guia conforme Apêndice B.

A entrevista é uma conversa a dois, destinada a construir informações pertinentes para determinado objeto de pesquisa, em que é possível fornecer dados secundários e primários que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, informações que retratam a reflexão do indivíduo sobre a realidade que vivencia. Na entrevista semi-estruturada o entrevistado pode discorrer sobre o tema apresentado pelo pesquisador sem se prender à indagação formulada; e o pesquisador obedece a um roteiro que dá um apoio claro na sequência das questões (MINAYO, 2008).

### **3.3. Análise dos dados**

Todas as entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador eletrônico e transcritas pela pesquisadora. As respostas das entrevistas foram analisadas a partir dos princípios da Hermenêutica Dialética.

A hermenêutica e a dialética são dois sistemas filosóficos utilizados para análise de dados qualitativos que possibilitam uma reflexão que se funda na práxis; a combinação dos dois sistemas permite à análise, ao mesmo tempo, um caráter compreensivo (hermenêutico) e crítico (dialético) no estudo da realidade social. A hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, a partir da linguagem. Investe na comunicação, considerando-a em seu processo finito, o que significa considerar a comunicação singular, limitada, e marcada pela história e pela cultura. Na leitura da hermenêutica, entender o texto é também entender o outro, entender-se no outro, isto é, colocar-se na posição do outro, tentando entender seu olhar (MINAYO, 2008).

Já na perspectiva da dialética, a compreensão só é possível pelo estranhamento: a necessidade do entendimento nasce do reconhecimento do fracasso da transparência da linguagem, de sua incompletude e finitude. A prática compreensiva da hermenêutica dialética aplica-se a entender a prática social dos indivíduos em seu movimento contraditório: entre o que é familiar e o que é estranho, entre o consenso e a possibilidade da quebra desse acordo (MINAYO, 2008).

A hermenêutica interessa-se pela base dos consensos e busca a compreensão na linguagem e na tradição. Já a dialética introduz na compreensão o conflito e a contradição como algo inerente e permanente e que se explicita na transformação. A hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, e a análise baseada na hermenêutica pode ser beneficiada pelas propostas do método dialético, que sublinha o dissenso, a transformação e os macroprocessos, podendo ser beneficiado pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade (MINAYO, 2008).

O que se procura nesta pesquisa é compreender, no sentido hermenêutico da palavra, o discurso imerso em uma realidade social; e no sentido dialético, o contexto de conflitos e dissensos, também representados em discurso. Este conjunto de visões discursivas permite compreender como se produzem as ações, que ultrapassa as mensagens manifestas. Estas ações são materializadas nas instituições, neste caso, nas instituições da rede de saúde.

A análise dos dados teve início no momento em que reconhecemos e mapeamos o contexto histórico da saúde mental no Brasil, o surgimento do NASF e o contexto em que o trabalho em redes aparece na Saúde Coletiva. Nesta primeira aproximação, buscamos

entender o contexto histórico em que se propõe o trabalhar em rede, e seus nexos com o desenvolvimento do conceito de Atenção Psicossocial. Além disso, fizemos o reconhecimento dos serviços de saúde mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis.

A partir desta aproximação do tema de pesquisa, foram criadas categorias analíticas, aquelas que nortearam as entrevistas: (1) Desafios do trabalho em rede e (2) Potencialidades e Facilidades do trabalho em rede.

Fomos então a campo buscar os dados das comunicações individuais (entrevistas), com a intenção de compreender a lógica interna, o sentido, as projeções e interpretações que os profissionais dos NASF de Florianópolis têm a respeito do seu trabalho na RAPS. Buscamos, nos textos produzidos pelas entrevistas, ao mesmo tempo, uma significação cultural própria do grupo e uma vinculação que os junta a grupos mais abrangentes, característica da busca de consenso, conforme preconizado no método hermenêutico de Gadamer.

A partir das transcrições das entrevistas, na perspectiva de expressar as relações dos profissionais pesquisados, construímos Categorias Empíricas e Operacionais para compará-las às categorias analíticas. A comparação entre categorias analíticas e empíricas intenciona colocar em dúvida ideias evidenciadas anteriormente e verificar em que medida o momento pós-trabalho de campo exige aprofundamento de outros temas. Assim, constrói-se uma nova aproximação do objeto, em que o novo contém o antigo numa nova perspectiva. Como uma espiral, o pesquisador volta àquele mesmo tópico, mas em outro nível, o que significa que o resultado das interpretações iniciais está inacabado. Torna-se possível uma nova e diferente aproximação para melhor compreensão do fenômeno estudado.

A espiral simboliza uma aproximação cada vez maior da compreensão do fenômeno, compreendem-se melhor as especificidades do objeto de pesquisa. A intenção não é totalizar, afirmar o entendimento como uma verdade e generalizá-la; mas entender o que é específico daquela realidade, naquele momento histórico. A cada volta hermenêutica pretendemos chegar mais próximo da compreensão do fenômeno.

A partir destas aproximações com o fenômeno, surgiram compreensões que propiciaram a construção do texto interpretativo, o relatório de pesquisa, em que resultados são discutidos à luz deste processo hermenêutico.



Fonte: Autora, 2014

Figura 1: Espiral hermenêutica.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANJOS, K. F. et. al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n 99, p. 672-680, out/dez 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci_arttext)>. Acesso: 10 de julho de 2014.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>>. Acesso: 23 de junho de 2014

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Portaria que **define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev/2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext)>. Acesso: 15 de outubro de 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)>. Acesso: 13 de outubro de 2013.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O apoio matricial na perspectiva de Coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, vol4, n.1, dez/2009. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume4\\_n1/dimenstein\\_e\\_outras.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume4_n1/dimenstein_e_outras.pdf)>. Acesso: 22 de fevereiro de 2013.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, vol. 1, n.1, jan-abr/2009. Disponível em:

< [http://www.esp.rs.gov.br/img2/21\\_Magda\\_dimenstein.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf)>. Acesso: 22 de fevereiro de 2013.

ELLERY, A. E.; PONTES, R. J.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, v.23, n.2, Rio de Janeiro, Apr,June/2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 de junho de 2014.

FIGUEIREDO, MD; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p129-138, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2013.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do Planejamento em saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GUIAZRDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

JUCÁ, V. J. S. et. al. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n 1, p. 173-182, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023)>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2013.

LANCETTI, A (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. Saúde e Loucura 7.

LANCMAN, S. et. al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.

5, p. 968-975, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 22 de julho de 2014.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <[http://www.cescage.com.br/ead/adm/shared/arquivos/texto\\_compl\\_mo\\_d7\\_12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.cescage.com.br/ead/adm/shared/arquivos/texto_compl_mo_d7_12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso: 27 de junho de 2014.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384, out, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso: 21 de junho de 2014.

OLIVEIRA, F. R. L. **A integração das ações no campo da saúde mental entre a estratégia de saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar**. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2013.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n.2, out/dez, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>>. Acesso: 04 de março de 2014.



OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. D. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n.91, p. 587-596, out/dez,2011. Disponível em: <[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.35%2C+N.91&pesq=&x=79&y=9](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.35%2C+N.91&pesq=&x=79&y=9)>. Acesso: 04 de março de 2014.

PINI, J. S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 372-379, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200015&script=sci_arttext)>. Acesso: 07 de abril de 2014.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

## APÊNDICE

### Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, desenvolvido pela discente Elyana Teixeira Sousa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do Professor Walter Ferreira de Oliveira.

O objetivo desta pesquisa é analisar a compreensão dos profissionais das Equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis sobre seu papel na Rede de Atenção Psicossocial. Tem como objetivos também compreender como os profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Florianópolis percebem a proposta de trabalho em rede; analisar a compreensão dos profissionais a respeito da sua função e atuação na RAPS; identificar ações possíveis e/ou desejáveis para atuação na rede de atenção psicossocial; identificar as potencialidades do trabalho em rede nas equipes de NASF de Florianópolis; e, identificar dificuldades no trabalho em rede para os profissionais do NASF do município de Florianópolis.

Possui como metodologia a abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratório. Utilizarei como instrumento de pesquisa entrevista semiestruturada, que será aplicada e transcrita pela pesquisadora para posterior análise sob os pressupostos da Hermenêutica e Dialética. A transcrição das falas ocorrerá para registro no relatório final da pesquisa, assim como para a publicação de materiais escritos apenas em meio acadêmico, sendo que o seu nome será mantido em sigilo em todas as situações.

Este estudo tem sua importância no atual momento político para a saúde coletiva e mental no Brasil, uma vez que permeia a discussão sobre as dificuldades e avanços para consolidação da garantia de saúde para todos promulgada pela constituição federal brasileira. Permite discutir, a nível municipal, quais são os entraves e avanços no alcance da integralidade proposta pelo SUS, assim como em relação à atenção psicossocial que buscamos a partir da Reforma Psiquiátrica.

Possui como vantagem a possibilidade de permitir ao trabalhador expor suas angústias e dificuldades no cotidiano do trabalho comparando a prática com o que a política em saúde mental propõe, assim como suas vitórias, muitas vezes não percebida pela própria equipe.

Como desvantagem existe o incômodo que muitas vezes a pesquisa traz ao pesquisado, uma vez que demanda tempo e pode causar interferências no ambiente de trabalho.

Assim, enquanto participante, você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo a qualquer momento, mesmo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para qualquer outra informação que necessite sobre a pesquisa você pode entrar em contato com a pesquisadora. Para isso deixo os meus contatos em seguida. Igualmente você pode entrar em contato com o Comitê de Ética, órgão responsável e que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa, caso sinta necessidade de esclarecimentos ou sinta-se prejudicado de alguma forma. O contato com o referido órgão também consta nesse documento em seguida. Como pesquisadora responsável por esse estudo, asseguro que sua identidade será protegida e mantida em sigilo. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feita de forma codificada.

Este documento, que você estará assinando, se concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência estrita. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Eu,

\_\_\_\_\_,  
 CPF/RG \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, respondendo a entrevista.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Contato Pesquisadora:

Elyana Teixeira Sousa

Endereço: Rua Lauro Linhares, n 1288, Residencial Stoneville, apt 102, bloco 1, Trindade, Florianópolis – SC.

Telefone: (48) 9686-5305 / (66) 3405-1659

E-mail:

elyanasousa@hotmail.com

Contato Comitê de Ética:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis. CEP: 88.040-900

Telefone: (48) 3721-9206 / Fax: (48) 3721-9696

E-mail:

cep@reitoria.ufsc.br

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora  
 Elyana Teixeira Sousa

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do orientador  
 Walter Ferreira de Oliveira

## **Apêndice B – Roteiro para entrevista**

**Temas:** *Papel como parte da Rede de Atenção Psicossocial:*

1. Objeto – O que a rede pretende? Por que falar em RAPS?
2. Função – Como o profissional se vê na Rede? Como sua equipe participa na RAPS? Qual seu papel?
3. Pontos fortes e fracos na equipe – O que a equipe tem de bom para a RAPS? E quais os desafios para a equipe?
4. Exemplo vivido ou desejado.

Perguntas:

1. Você poderia descrever suas atividades no NASF, como é seu dia-a-dia de trabalho.
2. Vamos falar sobre redes. Para você, como é trabalhar em rede.
3. O que é ponto positivo no trabalho em rede? E ponto negativo?
4. Vamos falar um pouco sobre esse trabalho em rede na saúde mental. Para você, como isso acontece na sua equipe?
5. Quais são os pontos positivos do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial? E negativos?
6. Conte-me uma boa história sobre seu trabalho.

## ARTIGO CIENTÍFICO

### OS NÓS DO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Sousa, Elyana Teixeira<sup>2</sup> e Oliveira, Walter Ferreira de<sup>3</sup>

#### Resumo:

**INTRODUÇÃO:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um serviço que visa qualificar as equipes de Saúde da Família para coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. **OBJETIVO:** Identificar as possibilidades e desafios no trabalho das equipes NASF de Florianópolis para a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. **METODOLOGIA:** A pesquisa foi realizada com entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais de diferentes NASF de Florianópolis-SC, analisadas sob os pressupostos da hermenêutica dialética. **RESULTADOS:** Os resultados demonstram articulações pouco sólidas e o trabalho na RAPS é estruturado como parte das atribuições de psicólogos e psiquiatras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora aponte na direção da transformação das práticas de saúde, há dificuldades na organização do processo de trabalho de forma a privilegiar o trabalho compartilhado, necessitando do fortalecimento de espaços que favoreçam diálogo. O cuidado realizado em saúde mental apresenta-se fragmentado, e pouco alcança o que se deseja em Atenção Psicossocial.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial, Redes de Atenção à Saúde.

#### Abstract:

**INTRODUCTION:** The Support Center for Family Health is a service that aims to qualify teams to coordinate the Family Health Care Network in Health Care, including the Network for Psychosocial Care. **OBJECTIVE:** To identify the possibilities and challenges of working in The Support Centers for Family Health teams to Psychosocial Care Network. **METHODOLOGY:** The survey was conducted with semi-structured interviews with nine professionals from different Support

---

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup> Médico, Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Centers for Family Health at Florianópolis, analyzed under the assumptions of dialectical hermeneutic. RESULTS: The results show little solid joints and work on Psychosocial Care Network and it is structured just as part of the duties of psychologists and psychiatrists. FINAL THOUGHTS: Although point toward the transformation of health practices, there are difficulties in the organization of the work process in order to emphasize the work sharing, requiring the strengthening of spaces that encourage dialogue. The care provided in mental health is fragmented, and it does not achieve enough what is necessary for a good Psychosocial Care.

Keywords: Primary Care, Psychosocial Care, Care Network

## **INTRODUÇÃO**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, criado pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, tem como finalidade apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família – ESF - na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde – APS - no Brasil. Objetiva buscar a superação da lógica fragmentada da saúde para a busca da qualificação da integralidade a partir da construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF (BRASIL, 2010a).

A integralidade nos serviços de saúde pressupõe que, para sua efetivação, devem existir processos em rede (PINHEIRO; MATTOS, 2006), o que implica um conjunto de serviços de saúde articulados de forma cooperativa, sem hierarquia, em que todos são igualmente importantes, que possibilite uma atenção contínua e integral com coordenação da atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

Há vários sentidos possíveis para a integralidade e a busca do cuidado integral, que incidem sobre diferentes pontos:

- se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independente de ela se dar no âmbito do SUS. É como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, em especial na busca de compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta.

Implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

- se refere a atributos da organização dos serviços, na busca de ampliar as percepções sobre as necessidades dos grupos; se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da comunidade, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades;

- aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, buscando uma visão mais abrangente daqueles que serão os alvos das políticas de saúde. É também a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. Neste sentido, a integralidade pode ser construída no âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade, pela necessidade de transgredir os espaços públicos setoriais (MATTOS, 2001).

É na perspectiva de fortalecimento das redes e cuidado integral e, tendo a saúde mental como uma das áreas prioritárias que o NASF possui potencial de atuar em Atenção Psicossocial, seja buscando produzir ações no território, ou ao criar formas que substituem as internações psiquiátricas e as intervenções institucionalizantes (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994).

A necessidade da rede de atenção psicossocial é a construção de relações entre sujeitos que escutam e cuidam com sujeitos que vivenciam as problemáticas a partir de vínculos construídos na sociedade, alianças sociais que possam atuar solidariamente na invenção de estratégias de atenção psicossocial, a partir de atitudes terapêuticas baseadas na reciprocidade, em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994, AMARANTE, 2007).

A atuação que se preconiza para os profissionais do NASF é de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e Academias da Saúde, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

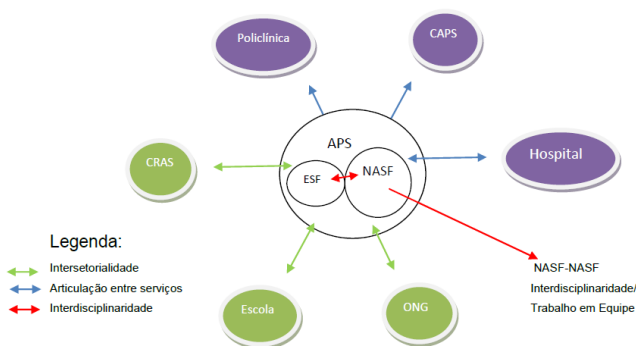
Sendo constituído por diversos profissionais de diferentes áreas (que podem ser: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra,



médico veterinário, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico acunputurista, profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012)), o potencial do NASF está na possibilidade de construir uma práxis que tenha como finalidade restaurar a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, gerando novos atores sociais, resgatando a complexidade da vida psíquica e assumindo a ruptura na centralidade e exclusividade do paradigma clínico e reconhecendo novos sujeitos de direitos, e novas formas de subjetivação (OLIVEIRA, 2009, pp. 60 e 61), a partir, além de outras questões, do fortalecimento das redes e do cuidado integral.

A contribuição para a integralidade a partir das atividades do NASF se dá por intermédio da ampliação da clínica, que auxilia no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

Concordamos com Araújo e Galimberti (2013) que, para que o NASF efetive seu trabalho de forma integral “precisam ser garantidas condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os nasfianos e entre esses e os profissionais da ESF”. Além disso, o NASF, ao propor superar a lógica fragmentada da saúde por meio da construção de redes articuladas, precisa se pautar sob as diretrizes da ação interdisciplinar e intersetorial (ANJOS, et al., 2013), importando para isso, algumas articulações, entre: profissionais do NASF (trabalho em equipe e interdisciplinaridade), profissionais NASF e ESF (interdisciplinaridade), profissionais NASF e outros pontos da rede, entre profissionais da NASF e outros serviços (articulações intersetoriais), conforme descrito abaixo.



Fonte: Autora, 2014

Figura 2: Atribuições do NASF na Rede de Atenção à Saúde

Não pretendemos esgotar as possibilidades de articulações possíveis, mas partimos destas para identificar as possibilidades e desafios do trabalho das equipes de NASF de Florianópolis para a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, a partir das articulações realizadas pelos profissionais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com desenho exploratório-descritivo. O campo de pesquisa ficou delimitado em 12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF - do município de Florianópolis/SC. Foi selecionado o NASF para ser objeto desta pesquisa por ser um dispositivo instituído com o objetivo de qualificar e aumentar a resolutividade da Atenção Primária em Saúde.

Foram realizadas entrevistas individuais com 9 profissionais que compõem diferentes equipes NASF, sorteados, a partir de um roteiro guia semi-estruturado. Foi escolhido sortear os profissionais por entender que, como membro da equipe, todos os profissionais tem possibilidade de discorrer sobre o trabalho do NASF na Rede de Atenção Psicossocial. Importante ressaltar que esta pesquisa não tem a pretensão de entender como psicólogos e psiquiatras percebem a atuação do NASF, e sim como os profissionais, independente da categoria profissional entendem sua atuação na RAPS, uma vez que o NASF é pautado pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, e a Atenção Psicossocial não pretende ser exclusiva de algumas categorias profissionais.

Optou-se pelo maior número possível de NASF, por entender que o apoio se realiza de forma diferenciada dependendo da equipe de saúde da família com que desenvolve seu trabalho.

As entrevistas foram gravadas por meio eletrônico e transcritas na íntegra. Após a transcrição, foram construídas categorias para análise sob os pressupostos da hermenêutica dialética, cuja proposta é uma reflexão que se funda na práxis; a combinação dos dois sistemas permitem à análise, ao mesmo tempo, um caráter compreensivo (hermenêutico) e crítico (dialético) no estudo da realidade social.

O que se procura nesta pesquisa é compreender, no sentido hermenêutico da palavra, o discurso imerso em uma realidade social; e no sentido dialético, o contexto de conflitos e dissensos, também representados em discurso. Este conjunto de visões discursivas permite compreender como se produzem as ações, que ultrapassa as mensagens

manifestas (MINAYO, 2008). Estas ações são materializadas nas instituições, neste caso, nas instituições da rede de saúde.

A análise foi organizada em quatro momentos: aproximação do objeto de pesquisa, construção de categorias analíticas a partir desta aproximação, coleta de dados, e construção de novas categorias, chamadas empíricas e utilizadas para análise, chegando a uma reaproximação do fenômeno a ser compreendido, nos permitindo uma compreensão do fenômeno inacabada.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do processo nº 551.151, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados deste estudo foram divididos em quatro categorias: Interdisciplinaridade e Trabalho em equipe, subdividida em Articulações entre profissionais NASF e Articulação NASF e ESF; Articulações entre os pontos da rede de saúde; Articulações Intersetoriais, e; Saúde Mental no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

### **Interdisciplinaridade e Trabalho em Equipe**

As articulações interdisciplinares entre profissionais NASF, na perspectiva do trabalho em equipe, possibilitam agregar maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde. O trabalho em equipe “favorece ações integradas e abrangentes, não se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos, mas colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais (BRASIL, 2014, p. 19)”.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade possível a partir do trabalho em equipe é um instrumento importante para desenvolver ações integrais, uma vez que o trabalho interdisciplinar é parte do reconhecimento que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitadas para dar conta das demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem (CAMARGO Jr., 2005).

Para Mângia e Lancman (2008), o trabalho em equipe não é focado na grande parte das formações profissionais, “e deverá ser aprendido no cotidiano da produção das ações de saúde e na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece”.

No NASF, as diversas profissões são complementares às das equipes mínimas da Atenção Básica, e também são complementares entre si. Por isso, entendemos que a Interdisciplinaridade se dá em dois níveis: um entre profissionais que compõem a equipe NASF, e entre profissionais NASF e ESF. A importância da divisão destas duas categorias se dá por serem diferentes dentro do processo de trabalho da APS. As dificuldades e potencialidades são diferentes, assim como as formas de superar os desafios.

### **Articulações entre os profissionais NASF**

Para o NASF de Florianópolis, trabalhar em equipe é um desafio, principalmente por não haver momentos de encontro que possibilite o diálogo entre os profissionais do NASF, conforme descreve um dos profissionais: *“a gente ainda não se fala entre nós, é muito corrido pra todo mundo, e os dias não batem um com os outros” (Profissional 1)*.

As equipes NASF não possuem reuniões de equipe, somente reuniões distritais, que ocorrem uma vez ao mês, onde estão presentes todos os profissionais NASF do Distrito Sanitário - DS.

Por não haver reuniões de cada equipe NASF, eles não possuem oportunidade de discutir casos em equipe e pensar projetos terapêuticos juntos. Quando ocorrem parcerias para resolverem alguma demanda identificada, é de forma informal, e acontece entre dois ou três que têm afinidade entre seus núcleos, e por interesse dos profissionais envolvidos, e não por este momento ter sido pensado e planejado como parte do processo de trabalho dos profissionais. Alguns profissionais relatam que estas discussões, ocasionalmente, acontecem fora do horário de trabalho.

Relatam que os momentos em que se encontram para conversas, como nas reuniões distritais, não há espaço suficiente para discussão de casos e o momento que poderia ser de troca acaba sendo similar a um repasse de casos.

Os profissionais relatam que a gestão em Florianópolis entende que oportunizar momentos em que a equipe possa planejar em conjunto alguma ação é desperdício de pessoal, como podemos observar nos relatos:

*“Florianópolis tem como princípio aumentar o acesso do usuário na rede, então eles não querem que você esteja organizando muito trabalho em equipe, onde use muitos profissionais para planejar uma só ação, eles querem que você seja mais pulverizador de ações” (Profissional 6).*

*“tem pouco espaço pra troca, é trabalhado muito o núcleo de cada um, é explorado o núcleo de cada um, é cobrado isso, e às vezes a gente percebe que o núcleo é mais valorizado que a equipe NASF em si, então a gente acaba se perdendo enquanto equipe NASF (Profissional 5).*

Percebe-se que foi entendido que, para garantir acesso aos serviços no município de Florianópolis, houve a necessidade de priorização das atividades do núcleo profissional daqueles que atuam no NASF. Assim, relatam que, pelo excesso de valorização da atividade núcleo, atuam de forma fragmentada:

*“ainda é muito individualizado, cada um no seu quadradinho mesmo, e a gente não consegue fazer esse trabalho multi” (Profissional 8).*

*“a gente não consegue se articular, não consegue consequentemente pensar num projeto terapêutico, clínica ampliada, aquela coisa, a gente fica muito quebrado” (Profissional 2).*

O atendimento individual por profissionais NASF deve ser realizado quando estritamente necessário (BRASIL, 2014), pois o NASF não substitui o serviço especializado. A utilização do NASF como serviço especializado pode causar o empobrecimento do atendimento e dificultar a compreensão da sua função (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Saliento que não entendemos que o abandono das atividades específicas e/ou especializadas que cada profissional pode somar ao serviço de saúde na APS é desejado para um cuidado efetivo, mas a priorização das mesmas incorre na possibilidade de não valorizar momentos interdisciplinares, e não possibilita o que desejamos com a implantação do NASF: apoio às equipes para coordenar o cuidado de forma integral e articulada.

Percebe-se que, apesar das dificuldades, os profissionais fazem o trabalho da melhor forma possível, mas a atuação do NASF poderia ser potencializada caso houvesse momentos de discussão entre vários saberes.

Embora possuam poucos espaços para o diálogo, a possibilidade de contar com os colegas, de conversar, de trocar é o que aparece como maior potencialidade do trabalho dos profissionais. Afirmando que a equipe tem vontade de fazer dar certo, e que a parceria que tem com os colegas fortalece o cuidado.

*“Não é a disponibilidade, é a vontade de poder ta podendo discutir o caso com essas pessoas, de poder contar com elas, com a questão multiprofissional, eu vejo que isso é o que mais tem sido importante” (Profissional 1).*

### **Articulação NASF e ESF**

NASF e ESF possuem formas de organização do trabalho distintas. As ESF tem uma grande demanda por atendimento que, muitas vezes, exige soluções rápidas e inadiáveis. Já o NASF precisa priorizar a discussão e a atuação compartilhada, o que demanda tempo e disponibilidade de todos os envolvidos. Isso gera um descompasso entre a necessidade de atender a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a lógica proposta pelo NASF, e cria a necessidade de alguns ajustes nos processos de trabalho das duas equipes, pelo trabalho indissociável e dependente que realizam (LANCMAN, et. al., 2013).

Para organização do processo de trabalho das equipes NASF e ESF, de forma a contemplar a participação do NASF nas atividades da APS, é preciso que este seja estabelecido e pactuado entre gestor, equipes NASF e ESF, definindo e detalhando criteriosamente as atividades, pois o NASF é um setor partilhado por peculiaridades pessoais e profissionais (ANJOS, 2013).

As mudanças na organização do trabalho é um compromisso que, além de envolver diversos níveis hierárquicos, deve ser permanente (LANCMAN, et al, 2013). Não acontece espontaneamente, e por isso existe

*“a necessidade de os profissionais assumirem suas responsabilidades em regime de cogestão entre equipes e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção” (ANJOS, 2013, p. 677).*

Os profissionais entrevistados, em sua maioria, relatam que, quando o NASF foi implantado, havia uma dificuldade em relação à presença dos mesmos nas unidades. Sentiam-se como intrusos, levando trabalho e ocupando espaço nas unidades.

*“quando tu vês mais profissionais dentro de uma unidade saturada e muitas pessoas não sabem qual a real função deles lá dentro, acaba que pra muitos vai ser motivo de mais serviço o estresse dentro da unidade, reclamações, problema com agendamento” (Profissional 4).*

Essa relação de estranheza foi melhorando com o passar do tempo e alegam, como resultado exitoso da parceria, que foram inseridos na agenda dos espaços físicos da unidade, se sentindo mais parte daqueles ambientes.

As principais dificuldades relacionadas à articulação nas equipes NASF com as equipes ESF levantadas pelos profissionais relaciona-se a dificuldade de entendimento dos profissionais de qual é o papel do NASF. Isso tem como resultados encaminhamentos e não compartilhamentos de casos, o que é acentuado pela grande demanda da atenção primária e pela rotatividade dos profissionais, principalmente das estratégias de saúde da família.

*“pela própria agenda deles também, porque imagine uma agenda de 20 em 20 minutos, no mínimo enlouquecedor, essa sobrecarga de trabalho que todos nós temos, esse trabalho em ritmo industrial, isso aí acaba te bitolando, podando sua criatividade” (Profissional 2).*

A rotatividade dos profissionais fragiliza os vínculos entre profissionais de referência e apoiadores, dificultando a realização do apoio matricial.

O arranjo organizacional proposto com a inclusão das equipes NASF na Atenção Primária exige pactuações, trabalho em equipe, interdisciplinaridade, e é uma proposta recente de trabalho. Em muitos casos, os profissionais envolvidos nesta relação desconhecem esse arranjo. Por esses motivos, os profissionais do NASF alegam que, quando conseguem pactuar com os profissionais da equipe de referência a importância da discussão de casos, do compartilhamento, os profissionais saem e parte da equipe muda, e eles precisam fazer todo

esse movimento novamente, o que, por vezes, torna o trabalho cansativo, e atrapalha o avanço, conforme relato de uma profissional:

*“quando você começa a fazer isso com aquele profissional que ele já está se acostumando, começando a matriciar mesmo, aí ele muda, ele sai, aí tem que fazer tudo de novo, todo um processo com um novo profissional que chega e isso é cansativo” (Profissional 1).*

Já a grande demanda dos profissionais das ESF dificulta as articulações porque suas agendas estão sobrecarregadas pela demanda, o que dificulta que eles se emponderem para atendimento de casos complexos,

*“os profissionais da equipe dizem que não tem tempo e a gente sabe que todo mundo é atarefado” (Profissional 3). “Eles estão com a agenda sobrecarregada, só tem 20 minutos pra atender, é uma pressão” (Profissional 1).*

Assim como a agenda dos profissionais da ESF, a dos profissionais do NASF também está sobrecarregada, por estarem atendendo várias equipes (10 a 24, dependendo do profissional), e/ou por terem uma demanda grande, o que dificulta a discussão de casos. A dificuldade relacionada à sobrecarga das agendas é presente no discurso de vários profissionais, mas acentua-se quando falamos sobre saúde mental.

*“Não é só uma disponibilidade interna ou preconceitos ou tabus que os profissionais têm, também tem todo um processo de trabalho” (Profissional 3)*

Os profissionais do NASF pouco participam das reuniões de equipe das equipes de referência; alegam que a dificuldade de organização da agenda resulta em não participação nestes momentos. Como exceção, uma das profissionais entrevistadas alega participar de reuniões de equipe de todas as equipes que acompanha.

Os profissionais argumentam haver uma dificuldade de estrutura para realização do seu trabalho relacionado ao espaço das Unidades Básicas de Saúde. Referem que, em algumas situações, não dispõem de salas disponíveis e/ou adequadas para desenvolverem seu trabalho.



*“a gente tem que ter escala de salas, tem dia que não temos onde atender” (Profissional 2).*

*“nem sempre tem uma sala onde a gente possa fazer o atendimento, a gente tem que chegar à unidade e ficar disputando a tapa quem chega primeiro” (Profissional 7)*

Esta dificuldade está relacionada ao processo de trabalho do NASF em Florianópolis que, ao valorizar a consulta individual, precisa dar condições para que esta consulta se realize.

Percebe-se que as dificuldades para articular o trabalho do NASF e ESF estão relacionadas à dificuldade de entendimento sobre o papel do NASF e sobre as particularidades do processo de trabalho deste serviço. O papel do NASF não é substituir os serviços de atenção secundária.

Fica evidente que não há uma clara definição dos papéis, provavelmente pela pouca articulação NASF – ESF – Gestão. Este estudo não pretendeu entender como se dá essa articulação no município, mas algumas das falas trazidas pelos profissionais se relacionavam a necessidade de educação continuada, para que se conheça a função dos profissionais NASF na unidade e a necessidade de apoio da gestão para que o matriciamento aconteça.

*“Eu sinto falta que a gestão respalde a gente nesse modelo, se eles querem que a gente trabalhe nesse modelo, eu acho chato quando a gente fica insistindo com o profissional” (Profissional 1).*

Em relação ao matriciamento, em alguns momentos, percebe-se que, quando o profissional do NASF cobra da equipe de saúde da família espaços para discussão de casos, não aceitando encaminhamentos por escrito, a equipe personifica naquele profissional o desejo de assim trabalhar, demonstrando não estar clara para as equipes de SF qual a lógica de trabalho do NASF, o que pode ser compreendida a partir das falas dos profissionais:

*“eles entenderam assim, a (profissional) não gosta (se referindo a encaminhamentos por escrito), eles diziam que era um gosto meu, quer dizer eu não gostava mesmo, mas é que a proposta não era essa, e tinha toda uma lógica e às vezes eles achavam que era uma burocratização” (Profissional 3).*

## **Articulação com pontos da Rede de Atenção à Saúde**

A Rede de Atenção à Saúde é coordenada pela APS, que tem como fundamento a coordenação do cuidado (MENDES, 2010; BRASIL, 2012). Busca-se, a partir do apoio matricial, que as equipes NASF auxiliem na articulação de/com outros pontos de atenção da rede, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014). São as articulações com esses outros pontos que queremos discutir aqui, partindo da percepção dos profissionais do NASF.

As dificuldades de articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde aparecem de diversas formas. Alguns profissionais concordam que, em relação à saúde mental, existe uma dificuldade de que os CAPS não conseguem absorver todos os casos que precisam de um acompanhamento mais sistematizado. O entendimento em Florianópolis é que os casos graves são de responsabilidade do CAPS. Assim, todos os casos não considerados graves permanecem na APS. Os profissionais relatam não haver outras possibilidades para o cuidado de um usuário que precisa de um atendimento contínuo, mas não é considerado de perfil para CAPS.

Além disso, alguns casos que poderiam ser acompanhados pelas equipes de referência continuam sendo acompanhados pelo NASF, pois as equipes de saúde da família não se sentem preparadas para fazer tal acompanhamento.

Estas duas situações, em conjunto, acabam sobrecarregando as equipes NASF, especialmente a psicologia.

Como falado anteriormente, Cunha e Campos (2011) afirmam que a permanência de alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induz a utilização equivocada do NASF de forma substitutiva, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função.

De forma mais pontual, apareceram também outras dificuldades, como: a necessidade de se estabelecer protocolos clínicos e linhas de cuidado, e de os profissionais entenderem qual é a importância de se trabalhar em rede, além da necessidade de descentralizar os serviços, uma vez que o território de Florianópolis é grande, e a pouca adesão dos usuários aos diversos serviços especializados (não só de saúde mental), muitas vezes, é resultado da dificuldade de locomoção da população dentro do município de Florianópolis, seja pela distância geográfica, pelas dificuldades relacionadas ao uso de transporte público. Esses

usuários acabam retornando para as unidades básicas sem terem seus problemas resolvidos e onerando a agenda dos profissionais.

A saúde mental no município possui uma reunião mensal por distrito, onde estão presentes representantes de cada CAPS e do NASF, quando os casos complexos são discutidos. Isso é visto pela maioria dos profissionais como ponto positivo, pois facilita a conversa entre os diversos pontos da rede, além de ser um espaço para se pensar onde os casos serão acompanhados. Embora os profissionais, em especial os não psicólogos, acreditem que esta é uma reunião que fortalece a articulação e que, por isso, as articulações da saúde mental em Florianópolis estão mais consolidadas, esta reunião é realizada somente por psicólogos e psiquiatras de NASF e representantes do CAPS. Outras especialidades não podem participar, e isto produz um não comprometimento com as questões da saúde mental por outras categorias profissionais.

Aparece como potencialidade das articulações entre profissionais NASF a facilidade de ter a informação sobre os casos, e a possibilidade de um cuidado continuado para o usuário, pelo reconhecimento dos pontos de cuidado aos usuários. Para os profissionais do NASF, para que uma articulação entre serviços aconteça de forma efetiva, é preciso que cada serviço se empenhe e faça o seu trabalho.

### **Articulação Intersetorial**

Em relação às articulações intersetoriais, alguns profissionais trouxeram a importância das mesmas para promoção de saúde. Neste caso, o profissional acredita que existe uma necessidade de uma ampliação da rede de cuidado para outros espaços que não só da saúde (pontos de atenção da rede de atenção à saúde), mas pela complexidade dos problemas de saúde, em especial o de saúde mental, seriam necessárias parcerias com outros setores para que esses indivíduos tenham alternativas para reinserção social, e não só o tratamento em saúde.

Outra profissional trouxe a questão de que a saúde, algumas vezes, trabalha isolada por não reconhecer outras instituições possíveis de parceiras, e isso acaba trazendo prejuízos, por não potencializar o cuidado.

Um entrevistado falou sobre a dificuldade de trabalhar com outras instituições (como conselho tutelar, CREAS, CRAS) pela rotatividade de profissionais (questão semelhante à trazida em relação aos profissionais das ESF) que, muitas vezes, não conhece a dinâmica

do trabalho em saúde e, quando mudam os profissionais, há que se fazer novamente o esforço de conversar, pactuar. Ela afirma que muitas instituições não aderiram à proposta de discussão de casos, e acabam encaminhando muitas situações para a saúde, e muitos destes encaminhamentos são equivocados, em especial do Conselho Tutelar, que tem troca de conselheiros bianualmente.

Porém, apesar das dificuldades apontadas, os profissionais relatam terem tentado se organizar para que essa rede se articule, por entenderem esta necessidade.

### **Saúde Mental no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

O NASF, como apoiador da ESF e, tendo a saúde mental como área prioritária para desenvolvimento de suas ações tem um importante papel na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Regulada pela portaria 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial resgata a necessidade de articulações para criação de invenções no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial propondo diversificação do cuidado, estratégias intersetoriais, atividades realizadas no território e ênfase em serviços comunitários (BRASIL, 2011).

Dentre os pontos que compõem a RAPS, na Atenção primária à saúde, a Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011). O NASF tem função de apoiar a ESF nas ações de saúde mental, como área estratégica de sua atuação.

Percebe-se, pelas entrevistas realizadas com os profissionais, que a saúde mental é entendida, no NASF em Florianópolis, como atividade da psicologia e psiquiatria, sendo que as outras profissões se sentem pouco ou nada implicadas nessa área. Quando há atuação de outras profissões, de forma integrada com a psicologia e/ou psiquiatria, isso acontece de forma pontual.

A reunião de saúde mental distrital, por exemplo, com participação do NASF e CAPS, ocorre mensalmente e somente os psicólogos e psiquiatras participam. A orientação da gestão é que não há necessidade que outros profissionais (assistentes sociais, educadores

físicos, pediatras, entre outros) estejam presentes nesta reunião. Em alguns momentos, o tom desta orientação foi compreendido como coação.

Destaco que, na conversa com os profissionais, percebo a atuação dos mesmos na saúde mental, mas eles não se sentem implicados neste cuidado. Sempre se referem aos profissionais que consideram desta área, quando conversamos sobre a atuação do NASF na RAPS.

Quando os profissionais falavam sobre os casos que gostariam de contar sobre o NASF e sobre sua atuação, normalmente estava permeado pela Atenção Psicossocial, mas nem sempre eles tinham essa percepção. Um caso me chamou a atenção: de uma senhora diabética, acompanhada por uma profissional do NASF que, junto com a equipe, decidiram que ela precisava socializar-se, e a incentivaram a participar de algumas atividades; esta senhora não só melhorou o nível glicêmico, mas também parou de tomar antidepressivos.

O não reconhecimento de atuarem na saúde mental faz com que estes profissionais não reflitam sobre o quanto podem colaborar para o cuidado em Atenção Psicossocial. Além disso, a pouca inclusão de ações que extrapolem a psicoterapia e a medicação psiquiátrica para os usuários que são considerados de saúde mental é um entrave importante para a Atenção Psicossocial, uma vez que, atuar em saúde mental e atenção psicossocial exige o desenvolvimento de relações entre os vários recursos existentes presentes no território, inclusive dos profissionais que ali atuam (AMARANTE, 2007).

Dessa forma, a saúde mental ao ser fragmentada ao saber da psicologia e psiquiatria não permite a diversidade de possibilidades que podem acontecer ao articular sujeitos diferentes. É preciso incluir outros saberes para que seja possível inventar estratégias de atenção psicossocial que, pelo que nos foi relatado, acontecem e dão resultados. A institucionalização de espaços de diálogos e trocas é importante para que se reconheça que o cuidado em saúde mental é feito por todos, e para que se potencializem estas intervenções.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O NASF é um serviço que, por estar composto por uma equipe de profissionais diversificados, tem um potencial para o trabalho em Atenção Psicossocial, através de articulações entre diferentes formações pelos sujeitos que o compõem, assim como das articulações com as

ESF, outros pontos da rede, e outros serviços não intitulados como de saúde.

O potencial do NASF a partir destas articulações está na possibilidade de inventar formas de produzir cidadania, de oportunizar subjetividades, de construir redes de sujeitos que trabalham em prol da consolidação de uma rede sólida, que tenha condições de lidar com a diferença.

Paralelamente, percebe-se que o cuidado em saúde mental produzido pela Atenção Primária em Saúde em Florianópolis precisa extrapolar os limites que tem imposto à Atenção Psicossocial no município. Para isso, é urgente que o cuidado em saúde mental transite em outras áreas do conhecimento, além da psicologia e psiquiatria. O cuidado em saúde mental enquanto exclusivas de duas categorias profissionais repete o modelo de saúde fragmentado e não faz Atenção Psicossocial.

Para superar a fragmentação, profissionais e gestão precisam se implicar coletivamente no fazer saúde. Para isso, recomendável que se reforcem as pactuações entre gestão – NASF - ESF a partir da construção de espaços de diálogo para aproximação de diferentes saberes que valorizem as articulações aqui trabalhadas.

Além disso, é necessário que o NASF trabalhe afastado da lógica produtivista, que se preocupa em produzir número de atendimentos e com escalas de trabalho rígidas. O processo de trabalho do NASF exige agendas flexíveis, que possibilite participação nas reuniões de equipe, e momentos de discussão entre profissionais NASF e destes com outras instituições.

A organização do processo de trabalho do NASF vai depender, antes de tudo, da realidade de cada local, mas se não houver possibilidade de construção coletiva pelos profissionais, seja pelas condições de trabalho, por interesses dos profissionais ou da gestão, ou por outro motivo, os NASF estarão recebendo um nome que não traduz a natureza do seu trabalho.

Neste sentido, e na perspectiva de construção de um sistema não fragmentado, mas integral, de acordo com Mendes (2011), os sistemas de saúde não são integrais ou não integrais, mas variam em proporção o quanto alcançam a integralidade, como numa escala de percentual. As articulações possíveis aqui discutidas não dão conta de todas as possibilidades para tornar um sistema mais ou menos integral, mas é parte disso.

Para que um sistema de saúde funcione de forma integral, em rede, vários são os fatores importantes. Em relação às articulações desejáveis, trabalhar em rede é trabalhar em cooperação. Dessa forma, não se pode responsabilizar uma unidade, uma equipe, ou um gestor pela baixa integralidade de um sistema. Isso porque, mesmo que um ator faça tudo que é possível a ele fazer, aquele sistema, em algum momento, ficará impossibilitado de ser mais integral decorrente de outras questões que não estão oportunizando a consolidação de um sistema integral.

Como exemplo, podemos pensar no trabalho do NASF com as ESF. Se NASF deseja trabalhar o apoio, e o compartilhamento de casos, mas a ESF não se vê demandado por esse compartilhar, ou o contrário; uma das articulações importantes para a construção de redes fica fragilizada. Se ambas as equipes desejam atuar de forma integral, através do apoio matricial, mas não encontram na gestão municipal apoio para tal atitude, em algum momento eles ficarão impossibilitados de avançar. A recíproca também é verdadeira.

Por essa dependência de vários atores para o trabalho em rede, precisam-se criar condições, dentro do sistema de saúde para que, sendo o próprio sistema um locus de boas práticas, qualquer profissional tenha oportunidade de se colocar de forma positiva na matriz virtuosa assim criada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANJOS, K. F. et. al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n 99, p. 672-680, out/dez 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci_arttext)>. Acesso: 10 de julho de 2014.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>>. Acesso: 23 de junho de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAMARGO Jr., K. R. **Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade**. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)>. Acesso: 13 de outubro de 2013.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do Planejamento em saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LANCMAN, S. et. al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.



5, p. 968-975, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 22 de julho de 2014.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030>. Acesso: 19 de junho de 2014.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n.2, out/dez, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>>. Acesso: 04 de março de 2014.